

MARISA DANIELA BRANCO MÓNICA FILIPE

**PRÁTICAS/ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS NA
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE
ATENÇÃO**

Orientador: Maria Cristina Gonçalves

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2011

MARISA DANIELA BRANCO MÓNICA FILIPE

**PRÁTICAS/ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS NA
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE
ATENÇÃO**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Grau de Mestre em Ciências da Educação –
Educação Especial, conferido pela Escola
Superior de Educação Almeida Garrett.

Orientador: Maria Cristina Gonçalves

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2011

O dia mais belo? – Hoje...
A coisa mais fácil? – Errar...
O maior obstáculo? - O medo...
O maior erro? – O abandono...
A raiz de todos os males? – O egoísmo...
A distração mais bela? – O trabalho...
A pior derrota? – O desânimo...
Os melhores professores? – As crianças...
A primeira necessidade? – Comunicar-se...
O mais feliz ao se fazer? – Ser útil aos demais...
O maior mistério? – O nosso passado...
O pior defeito? – O mau-humor...
A pessoa mais perigosa? – A mentirosa...
O pior sentimento? – O rancor...
O presente mais belo? – O perdão...
O mais imprescindível? – O lar...
O caminho mais rápido? – O correcto...
A sensação mais agradável? – A paz...
A expressão mais eficaz? – O sorriso...
O melhor remédio? – O optimismo...
A maior satisfação? – O dever cumprido...
As pessoas necessárias? – Os pais...
A força mais potente do mundo? – A fé...
A coisa mais bela? – O amor...

Madre Tereza de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que tornaram possível a realização deste projecto: professores, colegas, funcionários das escolas, bibliotecários e funcionários das Faculdades onde recolhi informação.

Agradecemos à Direcção dos Agrupamentos de Escolas, que autorizaram a recolha de dados. A todos os inquiridos, agradecemos a prontidão das respostas aos questionários e a sua entrega atempada.

Agradecemos à Professora Maria Cristina Gonçalves da Escola Superior Educação Almeida Garrett pelas preciosas indicações e orientações fornecidas ao longo da concepção deste trabalho de investigação.

Agradecemos à colega de curso e amiga Carolina Almeida, pelos momentos de aprendizagem partilhados e pela ajuda prestada.

Por fim, agradecemos em especial à família e ao meu filho pelo apoio e encorajamento imprescindível, demonstrados ao longo do tempo.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do sistema nervoso central que apresenta um quadro sintomático diversificado. Surge na infância e é caracterizada por elevadas dificuldades em manter a atenção, impulsividade e hiperactividade.

Actualmente, tendo em conta o contexto profissional e o desafio que esta perturbação representa no quotidiano, torna-se pertinente saber ensinar estas crianças, de forma adequada, com recurso a estratégias/práticas educativas e comportamentais diversificadas, de modo a promover o seu sucesso académico.

Através da presente investigação, pretendemos determinar o grau de informação dos docentes do 1º Ciclo, as dificuldades que se deparam ao leccionarem em turmas com crianças com PHDA e os métodos e estratégias utilizados.

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que, face à problemática, a formação inicial e contínua dos docentes é insuficiente. Os docentes demonstram ter alguns conhecimentos sobre PHDA. No entanto, o número de psicólogos é reduzido face à necessidade de constituir equipas multidisciplinares para um acompanhamento adequado dos alunos. De uma forma geral, os professores revelam que utilizam diversas estratégias no seu dia-a-dia com estas crianças. Os dados apurados relativamente ao conhecimento e às práticas/estratégias utilizadas em crianças com PHDA revelam que, seria de todo fundamental, os docentes possuírem formação específica quer no curso de formação inicial quer na formação contínua, assim como maior conhecimento das práticas/estratégias “validadas” e aconselhadas por diferentes autores, no sentido de promover um maior sucesso no processo ensino/aprendizagem destas crianças.

PALAVRAS-CHAVE

Perturbação de Hiperactividade; Défice de Atenção; Práticas Pedagógicas; Inclusão.

ABSTRACT

Hyperactivity Disorder Attention Deficit (ADHD) is a central nervous system disorder that has very diverse symptoms. It appears at childhood and is characterized by a high difficulty sustaining attention, impulsivity and hyperactivity. Taking into account the professional context and the challenge that this disruption represents in daily life, it becomes pertinent to know how to teach these children, using various strategies / educational and behavioural practices so as to promote their academic success. With this research, we intend to determine how much knowledge primary school teachers have, the difficulties faced when teaching in classes with children with ADHD and the methods and strategies used.

The results obtained will allow us to address the problem, that the initial and progressive training of teachers is insufficient. Teachers demonstrate that they have some knowledge about ADHD. However, the number of psychologists are reduced due to the need to form multidisciplinary teams for proper monitoring of the students. In general, teachers indicate that they utilize various strategies in their day-to-day work with these children. The findings in this research concerning teacher's knowledge and practices / strategies used with children with ADHD show that they need specific training either in the initial or progressive training courses, as well as greater knowledge of the practices / strategies "validated" and recommended by different authors, to promote greater success in the teaching / learning of these children.

KEY-WORDS

Hyperactivity Disorder; Attention Deficit; Educational Practices; Inclusion.

ABREVIATURAS E SIGLAS

PHDA

Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

NEE

Necessidades Educativas Especiais

LBSE

Lei de Bases do Sistema Educativo

ME

Ministério da Educação

AAP

Associação Americana de Psiquiatria

DSM-IV

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Versão IV

ICD-10

International Classification of Diseases

PEI

Programa Educativo Individual

CEI

Currículo Específico Individual

OMS

Organização Mundial de Saúde

CIF

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

ÍNDICE

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1 Inclusão Educativa e a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção...	16
2. Conceito de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção	22
2.1 Hiperactividade.....	25
2.2. Impulsividade	26
2.2 Atenção/Défice de Atenção	26
3. Prevalência	27
4. Etiologia	28
4.1 Factores Biológicos/Neurológicos.....	28
4.2 Factores Genéticos	29
4.3 Factores Familiares	30
4.4 Factores Socioculturais e Ambientais	30
5. Características associadas a esta perturbação	32
6. Diagnóstico e Avaliação	33
6.1 Critérios de Diagnóstico.....	35
6.2 Diagnóstico Diferencial	38
6.3 Factores associados ao Diagnóstico	39
6.3.1 Desempenho Académico	39
6.4 Avaliação	41
6.4.2 Escala de Conners (reduzida) para professores	43
6.4.3 Escala de Conners (reduzida) para Pais.....	44
6.5 O papel dos Professores no Diagnóstico	44
7. O impacto da PHDA na criança, na família e na escola	45
8. Intervenção	47
8.1 Intervenção Psico-farmacológica.....	51

8.2	Intervenção Terapêutica	53
8.3	Intervenção Familiar	55
8.4	Intervenção Educativa	60
8.4.1	Professor Titular de Turma vs Educação Especial.....	61
8.4.2	Relação Pedagógica Professor / Aluno	62
8.4.3	Percepção/atitude do Professor.....	64
8.4.4	Crianças PHDA e o ambiente escolar: as práticas/estratégias pedagógicas ...	67
9.	Práticas Pedagógicas na PHDA.....	70
10.	Modificação Comportamental	87
10.1	Programas de Modificação Comportamental	89
10.2	Modificação cognitivo-comportamental.....	94
11.	Construir um caminho de sucesso escolar	99
CAPÍTULO II – ESTADO DE ARTE.....		100
CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO		104
1.	Pertinência do Estudo	105
2.	Formulação do Problema e questões de investigação	106
3.	Objectivos da Investigação.....	107
4.	Plano da Investigação e Tipologia do Estudo	108
5.	Procedimentos	109
6.	Instrumento de Investigação	109
6.1	Ensaio do questionário.....	110
6.2	Condições de Aplicação.....	110
7.	Calendarização	111
8.	Procedimentos da recolha de dados	111
CAPÍTULO IV- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS		113
1.	Caracterização da amostra	114

2.	Avaliação do Questionário.....	117
2.1	Avaliação das qualidades psicométricas do Instrumento de medida.....	117
2.2	Fiabilidade das escalas do Questionário PH.....	118
2.3	Validade de constructo das estratégias de intervenção em contexto escolar...	123
3.	Apresentação dos resultados do questionário.....	128
3.1	Da (in)formação à prática dos docentes em PHDA.....	128
3.2	Características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar	136
3.3	Possibilidades de intervenção e profissionais indicados para a realização do diagnóstico da PHDA.....	139
3.4	Estratégias de intervenvenção e respectivos efeitos	147
3.6	Influência das variáveis sócio demográficas na escala Estratégias de intervenção em contexto escolar.....	148
3.6.1	Género	148
3.6.2	Idade e anos de leccionação	150
3.6.3	Grau académico e situação profissional	151
3.6.4	Informação, formação e experiência.....	152
3.6.5	Leccionação a turmas com alunos com PHDA	155
	CAPÍTULO V- DISCUSSÃO DE RESULTADOS	163
1.	Limitações do estudo e linhas futuras da investigação	166
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
	BIBLIOGRAFIA	163
	WEBGRAFIA.....	163
	REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS.....	163
	ANEXOS	180

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Resumo dos mecanismos envolvidos na PHDA (Arruda, 2008,p.37).....	23
Figura 2 - Organização do caderno diário (Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C., 2010, p.97)	86
Figura 3 - Passos de modificação comportamental segundo Lopes e Rutherford (2010, p. 125)...	88

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição da amostra segundo o sexo e a classe etária	115
Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo o nível académico e o sexo dos participantes.....	115
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a situação profissional e o sexo	116
Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo o sexo e o ano de escolaridade leccionado.....	116
Quadro 5 - Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de Cronbach sem os respectivos itens dos problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação.....	118
Quadro 6 - Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de Cronbach sem os respectivos itens da forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA	119
Quadro 7 - Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de Cronbach sem os respectivos itens dos efeitos da medicação em contexto escolar.....	120
Quadro 8 - Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de Cronbach sem os respectivos itens das estratégias de intervenção em contexto escolar.....	121
Quadro 9 - Estratégias de intervenção em contexto escolar: correlação dos itens com os factores e comunalidades (h^2) para a solução com sete factores (F1 a F7*; rotação VARIMAX).....	125
Quadro 10 - Pontuações médias (M), valores mínimo (Mín) e máximo (Max) das correlações inter-item e coeficientes de consistência interna α de Cronbach para os sete factores da escala Estratégias de Intervenção em contexto escolar.....	127
Quadro 11- Tipo de formação anterior sobre a PHDA em função do género dos docentes	129
Quadro 12 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros-padrão do grau de informação e experiência para lidar com a PHDA	131
Quadro 13 - Frequências observadas e relativas referentes à leccionação e tipo de formação dos docentes em PHDA	133
Quadro 14 - Características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar em função do género dos docentes	136
Quadro 15 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão do tipo de problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação	138

Quadro 16 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão das possibilidades eleitas de intervenção ao alcance dos professores quando têm uma criança com PHDA na sala de aula	140
Quadro 17 - Tipo de profissionais indicados para a realização do diagnóstico da PHDA	141
Quadro 18 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão da forma de intervenção terapêutica que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA	142
Quadro 19 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão dos efeitos da medicação escolar	144
Quadro 20 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão das Estratégias de intervenção em contexto escolar e dos 7 factores constituintes	145
Quadro 21 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros-padrão das práticas educativas mais apropriadas a utilizar com crianças com PHDA	147
Quadro 22 - Pontuações médias e desvios-padrão dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar em função do género dos professores: Testes univariados	149
Quadro 23 - Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a idade e os anos de leccionação dos participantes e os sete factores da escala Estratégias de intervenção escolar	151
Quadro 24 - Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a informação, a formação prévia, o grau de experiência e os sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar	152
Quadro 25 - Pontuações médias e desvios-padrão dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar em função da formação inicial ter incluído alguma disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA: Testes univariados	153
Quadro 26 - Pontuações médias e desvios-padrão dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar em função da leccionação em turmas com alunos com PHDA: Testes univariados	155

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Extracção de componentes principais: resultados do teste de Scree	124
Gráfico 2 - Tipo de formação anterior sobre a PHDA em função do género dos docentes: percentagens	130
Gráfico 3 - Grau de informação sobre a PHDA em função do grau de experiência para lidar com a PHDA: percentagens.	131
Gráfico 4 - Frequência de disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA em função de ter ou ter tido alunos com diagnóstico de PHDA em sala de aula: percentagens	132
Gráfico 5 - Percentagens de respostas afirmativas às questões referentes à leccionação e tipo de formação dos docentes em PHDA	134
Gráfico 6 – Dimensão ideal para uma turma de crianças com PHDA: efectivos relativos	135
Gráfico 7- Percentagens das características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar em função do género dos docentes.....	137
Gráfico 8 - Pontuações médias do tipo de problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação.....	139
Gráfico 9 - Pontuações médias das possibilidades eleitas de intervenção ao alcance dos professores quando têm uma criança com PHDA na sala de aula	141
Gráfico 10 - Tipo de profissionais indicados para a realização do diagnóstico da PHDA	142
Gráfico 11- Intervenção terapêutica que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA: pontuações	143
Gráfico 12- Efeitos da medicação em contexto escolar para a criança com PHDA: pontuações médias	144
Gráfico 13 - Estratégias de intervenção em contexto escolar: pontuações médias para a escala global e 7 factores constituintes	146
Gráfico 14 - Pontuações médias das práticas educativas mais apropriadas a utilizar com crianças com PHDA	148
Gráfico 15 - Pontuações médias dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar (F1 a F7) em função do género dos professores	150
Gráfico 16 - Pontuações médias dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar (F1 a F7) em função da formação inicial ter incluído alguma disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA.....	154

Gráfico 17 - Pontuações médias dos sete factores da escala de Estratégias de intervenção em contexto escolar (F1 a F7) em função da leccionação em turmas com alunos com PHDA.....	156
---	-----

INTRODUÇÃO

A Escola dos nossos dias acolhe turmas com um elevado número de alunos de proveniências diversas culturais, sociais, económicas, projectos de vida, interesses e vivências diferenciadas, maiores ou menores limitações em termos físicos e de aprendizagem. Respeitar, ajudar e compreender as capacidades de cada um, as suas diferenças e semelhanças, é fundamental para um relacionamento harmonioso do professor com a sua turma.

É preciso que o professor esteja preparado para enfrentar novos desafios e capaz de dar uma resposta o mais adequada possível a todos os seus alunos. Cabe-lhe diversificar os métodos de ensino, melhorar as práticas/estratégias pedagógicas e reflectir sobre as mesmas, de forma, a que os alunos desenvolvam competências de acordo com os seus ritmos de aprendizagem, interesses e capacidades.

Na turma, há crianças agitadas, que brincam constantemente, produzem ruídos, balançam com a cadeira. Outras estão desatentas, “desligadas” de tudo que as rodeia. Estas crianças tem dificuldade em prestar atenção ou simplesmente controlar os seus impulsos reagindo imediatamente ao estímulo, sem pensar nos seus actos e nas consequências que daí podem advir, o que interfere no seu aproveitamento escolar, no processo ensino-aprendizagem e nas relações com os pares.

A pertinência do nosso estudo reside em determinarmos o grau de informação, a PHDA em contexto escolar, e em fazer um estudo comparativo das práticas/estratégias utilizadas pelos docentes do 1º Ciclo em alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) no contexto de sala de aula.

A sua estrutura compreende a presente introdução onde são feitas referências ao estudo exploratório. De seguida, na primeira parte do trabalho, é realizado o enquadramento teórico onde se abordam as temáticas das necessidades educativas especiais, a patologia PHDA, fazendo-se uma especial referência ao papel do professor e às práticas/estratégias educativas de intervenção indicadas por vários autores. É apresentada a metodologia de investigação, onde referimos os objectivos delineados para o estudo, bem como os métodos e os procedimentos utilizados. Na análise e interpretação dos resultados, tentaremos verificar se as hipóteses levantadas se confirmam. Por fim, a conclusão que inclui as reflexões, considerações e sugestões da prática investigativa levada a cabo.

Em suma, a realização do presente trabalho de investigação foi por nós considerada de extrema pertinência não só por ser esta a área profissional em que nos enquadrámos e pela importância da problemática, mas também pela necessidade de dar

a conhecer as práticas educativas dos professores nas escolas, permitindo um maior conhecimento da realidade.

Gostaríamos que este trabalho fosse um ponto partida e para uma reflexão profunda por parte dos professores acerca das suas práticas/estratégias educativas relativamente a crianças com PHDA. Uma intervenção adequada à problemática pode fazer toda a diferença, abrindo caminho para que os alunos tenham finalmente acesso a uma formação integral, de forma a garantir o seu sucesso académico.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. INCLUSÃO EDUCATIVA E A PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO

A Educação é um direito consagrado na legislação, cujo objectivo primordial é a igualdade de oportunidades para todos. Conforme se assegura no Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro:

“A educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados. No quadro da equidade educativa, o sistema e as práticas educativas devem assegurar a gestão da diversidade da qual decorrem diferentes tipos de estratégias que permitam responder às necessidades educativas dos alunos. Deste modo, a escola inclusiva pressupõe individualização e personalização das estratégias educativas, enquanto método de prossecução do objectivo de promover competências universais que permitam a autonomia e o acesso à condução plena da cidadania por parte de todos.”

No art.º 2º do mesmo Decreto, nos seus pontos 3 e 4, esclarece-se que as crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente têm o direito de frequentar a escola nos mesmos termos das restantes crianças assim como ao reconhecimento da sua singularidade e à oferta de respostas educativas adequadas.

A Escola dos nossos dias acolhe alunos com diversas proveniências culturais, sociais, económicas, com projectos de vida, interesses e vivências diversificados, com maiores ou menores limitações em termos de aprendizagem. De resto, a própria Declaração de Salamanca assererava:

“O princípio orientador deste Enquadramento da Acção consiste em afirmar que as escolas se devem ajustar a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, intelectuais, linguísticas ou outras. Neste conceito terão de se incluir crianças com deficiência ou sobredotados, crianças de rua ou crianças que trabalham, crianças de populações remotas ou nómadas, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais” (Declaração de Salamanca, 1994, p. 11).

A inclusão escolar não é mais do que proporcionar igualdade de oportunidades no acesso a um currículo diversificado e adequado e a serviços de qualidade que promovam o sucesso de todos os alunos.

Já se percebeu há algum tempo que não se pode tratar de forma igual quem é diferente. Não existem duas escolas iguais e muito menos dois alunos iguais ou semelhantes. Cada criança é um indivíduo com as suas especificidades e por isso deve

ser tratado tendo em conta essa riqueza que é o ser humano, de forma a favorecer o plano de resposta que esse aluno necessita, o mais precocemente possível.

Todos os alunos têm necessidades educativas, em função da diversidade já referida; no entanto, existem casos em que essas necessidades são muito específicas, exigindo a activação de apoios especializados, os quais podem implicar a adaptação de estratégias, recursos, conteúdos, processos, procedimentos e instrumentos, bem como a utilização de tecnologias de apoio. Não nos referimos apenas às medidas para os alunos, mas também à mudança no contexto escolar.

A Educação Especial diz respeito a esta mobilização de apoios especializados com fito de responder a situações muito peculiares. Trata-se de um apoio diferenciado, que deve ser encarado como uma medida de pedagogia aditiva no currículo dos alunos com necessidades educativas especiais. Pode implicar adaptação de estratégias, recursos e conteúdos, procedimentos e instrumentos bem como a utilização de tecnologias de apoio.

O autor Serrano (2005, p.522) afirma que, “os serviços de educação especial justificam-se como resposta aos alunos NEE”.

De acordo com o já referido Decreto-lei nº 3/2008, a educação especial tinha por objectivos:

“a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida pós-escolar ou profissional”.

Correia (2003, p.45) chegou a assinalar que “todos os alunos com necessidades educativas especiais (NEE) deviam ser incluídos nas classes regulares”. Actualmente, nas escolas, as turmas contam com a presença de um ou dois alunos NEE, o que é praticamente uma norma.

O termo NEE vem, assim, responder ao princípio da progressiva democratização das sociedades, reflectindo o postulado na filosofia da integração e proporcionando uma igualdade de direitos, nomeadamente, no que diz respeito à não discriminação por razões de raça, religião, opinião, características intelectuais e físicas, a toda a criança e adolescente em idade escolar.

O termo NEE significa que, o aluno apresenta:

“limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem,

da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social” (Decreto-lei 3/2008).

Ainda de acordo com Correia (2003, p.45), o conceito NEE aplica-se a crianças e adolescentes com “problemas sensoriais, físicos e de saúde, intelectuais e emocionais, e também, com dificuldades de aprendizagem específicas (factores processológicos/e de processamento de informação) derivadas de factores orgânicos ou ambientais.”

Nesse sentido, é fundamental ter em conta as condições específicas de cada aluno NEE, uma vez que, para alguns deles, é necessário, “a individualização programática e curricular, com tempos e apoios personalizados adaptados às suas características e necessidades” (Serrano, 2005, p.49).

O Decreto-lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro, veio definir o grupo-alvo da educação especial, distinguindo-o assim do público-alvo dos apoios educativos.

Era imprescindível estabelecer uma distinção entre estes dois tipos de destinatários, atendendo às situações problemáticas detectadas no âmbito do sistema educativo nacional, as quais tiveram consequências práticas desadequadas no que concerne ao atendimento dos alunos na organização e gestão escolar.

Assim, a educação especial enquanto modalidade de educação e ensino visa, responder a necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.

Esta caracterização das necessidades educativas especiais colhe elementos do conceito de incapacidade preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Crianças e Jovens (CIF-CJ), de 2007.

Os profissionais responsáveis pela intervenção no âmbito da educação especial serão docentes especializados em educação especial (nos domínios cognitivo - motor, emocional, audição - surdez e visão) e também técnicos das mais diversas áreas, como fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, entre outros.

Por seu turno, o apoio educativo visa responder às dificuldades na aprendizagem, caracterizadas como constrangimentos ao processo de ensino e aprendizagem, de carácter temporário, que podem ser sanados através de adequadas medidas de apoio educativo, não reclamando, por isso, uma intervenção especializada de educação especial. O apoio educativo engloba um conjunto de medidas variadas, orientadas para a promoção do sucesso educativo e escolar, para a prevenção de

comportamentos de risco e para a prevenção do abandono escolar. O aumento do número de alunos sinalizados pressupõe, muitas vezes, uma maior qualidade nas respostas educativas no âmbito dos apoios educativos afectos ao ensino regular e não propriamente a sua integração no regime educativo especial.

Os profissionais responsáveis pela intervenção no âmbito do apoio educativo serão, no caso do 1º ciclo, os docentes colocados em função dessa necessidade e no caso dos 2º e 3º ciclos, os docentes das respectivas disciplinas/ áreas curriculares.

A educação especial e o apoio educativo são transversais a todo o sistema educativo, integrando-se nele, de forma coerente e harmoniosa, até aos limites impostos precisamente pela especificidade das limitações ou incapacidades determinantes das necessidades educativas de cada criança ou jovem.

Existe uma clara distinção entre os alunos que têm ou não Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente resumidamente, as NEE permanentes são aquelas em que a adaptação do currículo é generalizada e objecto de avaliação sistemática, dinâmica e sequencial de acordo com os progressos do aluno no seu percurso escolar. Neste grupo, encontramos as crianças cujas alterações significativas no seu desenvolvimento foram provocadas, na sua essência, por problemas orgânicos, funcionais e, ainda, por défices socioculturais e económicos graves. Abrangem, portanto, problemas do foro sensorial, intelectual, processológico, físico, emocional e quaisquer outros problemas ligados à saúde do indivíduo.

Sendo assim, as NEE permanentes exigem adaptações generalizadas do currículo, adaptando-o às características do aluno. Essas adaptações podem manter-se ao longo de/ou todo o percurso escolar do aluno.

Ao invés, das NEE temporárias são aquelas em que a adaptação do currículo escolar é parcial e se realiza de acordo com as características do aluno, num certo momento do seu percurso escolar. Geralmente, podem manifestar-se como problemas ligeiros de leitura, escrita ou cálculo, atrasos ou perturbações menos graves ao nível do desenvolvimento motor, perceptivo, linguístico ou sócio emocional.

Deste modo, os objectivos educacionais para as crianças com NEE, especialmente aquelas com NEE temporárias, são os mesmos que os definidos para outras crianças: melhorar a sua cognição e a sua capacidade de resolução de problemas enquanto sujeitos da aprendizagem.

A educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que esta se estende a garantia de igualdade, quer no acesso, quer nos resultados. Por este motivo, torna-se necessário a activação de apoios extra, proporcionadas no âmbito da educação especial.

O Decreto-Lei 3/2008 propõe o uso da Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS, para determinar a elegibilidade do aluno com NEE para os serviços de educação especial e consequente elaboração do Programa Educativo Individual (artigo 6.º, ponto 3).

As vantagens inscritas neste novo Decreto-lei são as seguintes:

a) A obrigatoriedade da elaboração de um programa educativo individual (PEI) para os alunos com NEE permanentes, aliás já consignado no Decreto-Lei n.º 319/1991, de 23 de Agosto;

b) A promoção da transição dos alunos com NEE permanentes para a vida pós-escolar;

c) A confidencialidade de todo o processo de atendimento a alunos com NEE permanentes;

d) A criação de departamentos de educação especial nos agrupamentos.

O modelo de escola para todos pressupõe uma mudança de estruturas e de atitudes e a abertura à comunidade; deve mudar o estilo de trabalho de alguns professores que deverão reconhecer que cada criança é diferente das outras, tem as suas próprias necessidades específicas e progride de acordo com as suas capacidades. Um novo modelo que compromete a comunidade escolar e lança um desafio ao conjunto da instituição.

Com a massificação do Ensino tornou-se mais premente a necessidade de mudança no sentido da “Escola para todos”.

A Escola constitui um suporte social, por isso deveria aceitar as diferenças e proporcionar as aprendizagens. Para que isso aconteça, tem de responder de forma diferenciada às necessidades educativas de cada um. Para que a “Escola para Todos” se torne realidade, é necessário que haja abertura, flexibilidade e, principalmente, mudança.

A Escola Inclusiva não depende exclusivamente da vontade e do empenho dos professores, também existem responsabilidades a outros níveis. Todavia, cabe a estes colocar em prática e criar o ambiente educativo mais enriquecedor para todos. Para motivar os professores, e como refere Ainscow (1997, p.15), “é importante que eles se sintam valorizados e com vontade de criar o ambiente educativo enriquecedor e promotor de sucesso”.

Esta “prática” obriga a algumas atitudes por parte do professor e que começam pela sensibilidade e crença face à Inclusão, passando pelas expectativas que tem para com as crianças que apresentam NEE e pela capacidade de transmitir aos restantes alunos a ideia de cooperação e interajuda entre todos. Segundo Purkey (1984, cit. por Porter (1997), as atitudes e as expectativas dos professores têm um impacto no auto-conceito e sucesso dos alunos. Assim, não se pode alhear de alguns desses alunos,

tendo de assumir a responsabilidade perante o sucesso de todos. Tal obriga a que os conheça bem, assim como à natureza dos problemas existentes e suas consequências no processo educativo. Consequentemente, a aula vai transformar-se numa realidade bastante heterogénea, obrigando a uma capacidade, por parte do professor, de gestão com diferentes níveis e ritmos de aprendizagem. Para dar resposta adequada a todos os alunos, terá de recorrer a diversas estratégias e criar um ambiente educativo centrado na acção e reflexão por parte dos alunos, implicando-os no processo de aprendizagem.

2. CONCEITO DE PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (AAP), a vertente pela qual nos seguimos, a terminologia Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é classificada na categoria de Perturbações Disruptivas do Comportamento e do Défice de Atenção, incluída na classificação das Perturbações que aparecem na Primeira e Segunda Infância e na Adolescência (DSM-IV-TR, 2002).

Os principais sintomas da PHDA são o défice de atenção, a hiperactividade e a impulsividade.

A investigação neuropsicológica conceptualiza a PHDA, como um distúrbio neurocognitivo, em que a auto-regulação, a inibição do controlo, a auto - consciência dos resultados explícitos e implícitos do comportamento são características fundamentais a avaliar (Zimmerman & Martinez - Pons, 1990; cit. por Lopes, 2004; Sonunga- Barke, 2002; Anderson et al., 2001; Tirapu - Ustároz et al., 2005; Barkley, 2002).

A investigação nesta área tem procurado demonstrar que a PHDA tem base neuropsicológica, devendo-se a uma disfunção cerebral ou estrutural, estando possivelmente implicados factores genéticos, alterações dos neurotransmissores e imaturidade cognitiva (Anderson et al., 2001; Willis & Weiley, 2005).

Na mesma abordagem conceptual, Cardo e Servera - Barceló (2005), cit. por Moura (2009), referem que a PHDA tem uma base genética, em que estão implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações na atenção, impulsividade e uma grande agitação motora. Trata-se de um problema generalizado de falta de auto-controlo com repercussões no seu desenvolvimento, na sua capacidade de aprendizagem e na sua adaptação social.

De acordo com Razera (2001), a PHDA não é uma lesão, mas apenas uma “disfunção na produção ou acção de neurotransmissores responsáveis pela atenção”. As áreas do cérebro mais afectadas, segundo hipóteses científicas, são os lobos frontais responsáveis pela auto-organização, planeamento, crítica, censura, atenção e concentração. Para Sauvé (2006,p.20), é considerada como “um síndrome neurobiológico que deriva de uma perturbação neuroquímica, que comporta três características principais: uma atenção inconstante, impulsividade verbal, motora e social e ainda hiperactividade”.

Arruda (2008, p.33) refere que a:

“PHDA tem origem neurobiológica, os neurotransmissores dopamina, a noradrenalina e a serotonina, sob a influência de genes anormais, provocam modificações no córtex pré-frontal e em regiões cerebrais que resultam num funcionamento anómalo de funções cerebrais, manifestadas pela desatenção, hiperactividade e impulsividade”.

Segundo o mesmo autor, (Arruda, 2008,p.33):

“o córtex pré-frontal além da regulação da atenção também é responsável pela inibição do comportamento. Outras funções desta região cerebral também podem ser comprometidas, como a percepção (de tempo, de detalhes), planeamento de futuro, flexibilidade cognitiva e a capacidade de organização”.

Arruda (2008,p.39) especifica que “DAT1 é o gene responsável pelo transporte da dopamina, importante neurotransmissor na região frontal do cérebro, onde se localiza o controlo da atenção e do comportamento”. Caso este esteja afectado, poderão ser desenvolvidas dificuldades de atenção, hiperactividade, impulsividade e outros défices em funções cerebrais relacionadas com a dopamina. Refere ainda o gene DRD4, como o “responsável pela característica comportamental”. Outros genes, como “o DRD5, estão a ser estudados e identificados como causa desta problemática”.

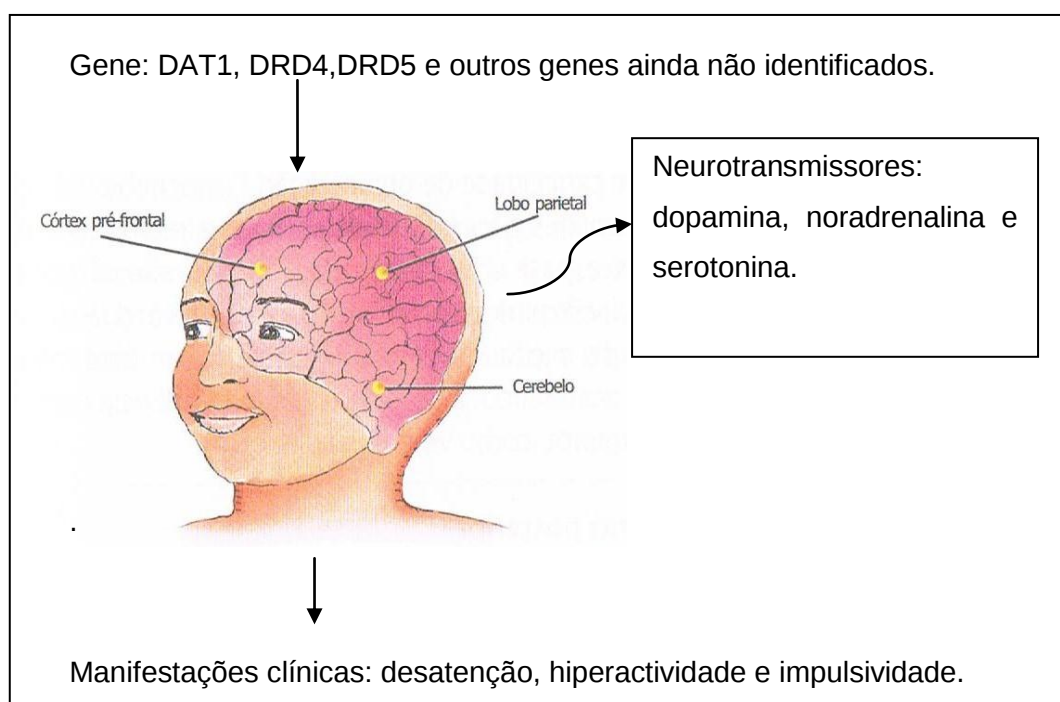


Figura 1- Resumo dos mecanismos envolvidos na PHDA (Arruda, 2008,p.37)

Arruda defende também que (2008, p 37):

“As funções executivas: capacidade de atenção selectiva/alternada, manutenção da atenção, memória a curto prazo, reconstituição, controle emocional, internacionalização da linguagem, resolução de problemas complexos têm uma importância fundamental tanto para a aprendizagem quanto para o comportamento humano. Muitas destas funções, ou mesmo todas podem estar deficientes”.

As investigações têm vindo a demonstrar que as crianças com PHDA apresentam, frequentemente, problemas nas seguintes áreas de funcionamento cognitivo ou neuropsicológico:

Funções executivas - capacidade de planificar ou programar uma determinada tarefa, mantendo a atenção e reflexividade, ignorando informações ou estímulos irrelevantes (Gioia, Isquith, Kenworthy, & Barton, 2002; Tannock, 1998).

Memória de Trabalho – componente da função de memorização que permite o armazenamento temporário de informação com capacidade limitada. A memória de trabalho é um sistema que permite a manutenção temporária e o subsequente processamento da informação, de forma a elaborar e a dirigir o comportamento em referência a um determinado objectivo (Willcutt et al., 2005; Karatekin, 2004).

A fraca memória activa da criança com PHDA dificulta a compreensão de textos, a aplicação de instruções múltiplas, a estruturação de um trabalho escrito e a resolução de problemas matemáticos que implicam o raciocínio - lógico. A criança tem dificuldade na expressão oral e escrita, por vezes as suas histórias e discursos são incoerentes e desorganizados (Selikowitz, 2009). Também têm implicações nas dificuldades de leitura (descodificação) e ortografia (codificação). A memória activa desempenha um papel crucial nas primeiras etapas da leitura e da escrita (Selikowitz, 2009, p.66).

Velocidade de processamento da Informação - rapidez ou velocidade de execução de uma tarefa relativamente complexa, que faça apelo à utilização das principais competências cognitivas. A título demonstrativo, as crianças com diagnóstico de PHDA apresentam alterações na sua capacidade para processar informações (ou o fazem com excessiva rapidez ou mais lentamente do que os seus pares)(Willcutt et al., 2005; Chhabildas, Pennington & Willcutt, 2001).

Os problemas de memória de trabalho podem afectar negativamente as funções executivas ou conduzir a lentidão na velocidade de processamento da informação, que por sua vez, pode reduzir a capacidade de evocar ou organizar informações. Quanto mais complexas ou novas forem as tarefas apresentadas ao aluno mais dificuldade este apresentará na execução das mesmas, como por exemplo, andar de bicicleta, programar a vida diária, realizar uma operação matemática ou escrever uma composição escrita.

Em suma, “os problemas no domínio da memória de trabalho, na inibição de respostas, na velocidade de processamento da informação, especialmente comprometedores do processo de implementação de estratégias adequadas para resolver as exigências escolares, parecem associar-se a dificuldades de aprendizagem, que irão comprometer seriamente o rendimento escolar dos sujeitos diagnosticados com PHDA” (Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C. 2010, p.17). “A fraca memória activa das crianças com PHDA é um dos principais motivos do défice de aprendizagem” corrobora Selikowitz (2009, p.65).

O autor Sauvé (2006, p.20) descreve a criança com PHDA como tendo “dificuldade em manter a qualidade da sua atenção e modul  -la, de forma apropriada, do princípio ao fim da tarefa ou actividade”. Deixa-se cativar por tudo o que a circunda, menos pelo que    essencial. Fala e age sem reflectir e não compreende a relação entre os actos que realiza e as suas consequências. Mexe-se exageradamente, sobretudo com mãos, p  s ou boca (através de palavras ou sons), frequentemente sem razão, e em vários contextos (em casa, na escola, em público, e durante o sono).

Agita  o, irrequietude, desorganiza  o, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, são algumas das características atribuídas a estas crianças (Lopes, 2003).

As crianças com PHDA são frequentemente descritas como sendo muito activas e irrequietas desde tenra idade. “Arranjam sarilhos, partem brinquedos e destroem objectos” (Sossin David & Myra, 1996, p.39).

Durante um longo período, a hiperactividade foi considerada por muitos investigadores como sendo a característica mais marcante da PHDA. Contudo, compreendeu-se que existem diferentes tipos de PHDA. Algumas crianças são excepcionalmente hiperactivas e impulsivas, outras são afectadas por estados de desatenção e outras ainda apresentam uma combina  o dos três traços.

2.1 Hiperactividade

Este sintoma    o mais visível e facilmente identificado. As crianças com hiperactividade apresentam, normalmente, níveis excessivos de actividade motora ou oral, que se manifestam pela irrequietude, nervosismo, movimentos desnecessários para    tarefa escolar e por vezes, desproporcionados, sem função específica, um objectivo funcional. O aluno com PHDA revela falta de auto - regula  o do seu comportamento

adequado ao contexto escolar em relação às tarefas propostas, pouca persistência, exigência de satisfação imediata do desejo, impulsividade, precipitação e abandono precoce das tarefas.

2.2. Impulsividade

A impulsividade é a deficiência no controlo dos impulsos. Podemos entender impulso como a resposta automática e imediata a um estímulo. A pessoa impulsiva tem reacções súbitas, age e posteriormente pensa no que fez. A “marca registada” da impulsividade é a impaciência, dificuldade em esperar.

A impulsividade consiste na:

“dificuldade em regular a conduta, uma vez que o indivíduo passa à acção, sem reflexão prévia o que se traduz numa não aceitação das regras sociais. Exige a satisfação imediata dos seus desejos e tem a tendência a praticar actividades perigosas” (Barkley, 2006, p.55).

A criança que fala antes de reflectir (impulsividade verbal), reage sem pensar, sem se preocupar com a qualidade da sua prestação ou com as suas relações sociais (impulsividade social). Não compreende a relação entre os actos que realiza e as suas consequências e abandona a actividade em função de outra (impulsividade motora), manifestando dificuldade em esperar (Sauvé, 2006).

Segundo Lopes (2004), a impulsividade é definida como “um fracasso na inibição de comportamentos”. Para Parker (2003, p.10), a impulsividade reflecte-se na “incapacidade de controlar as suas emoções e o seu comportamento, num grau muito superior ao que é típico de outras crianças na mesma idade”. Arruda (2008,p.27) defende que o “impulsivo é aquele que age irreflectidamente, obedecendo ao impulso do momento”.

Face a estes aspectos, “a impulsividade compromete a organização e o pensamento lógico sequencial” (Selikowitz, 2009, p.65).

2.2 Atenção/Défice de Atenção

Na sociedade actual do conhecimento, com base na polivalência intelectual autodidáctica e na educação permanente, a falta de atenção torna-se evidente e também

excludente. Não basta ser inteligente, é preciso estar atento para que a inteligência seja útil.

Para Razera (2001), a “atenção é o principal factor de auto-organização, por influenciar sistematicamente todos os atributos cognitivos, principalmente a memória. A atenção e a memória são os pilares da aprendizagem síncronos”. Quanto mais o aluno estiver atento, mais forte será a memória, no ciclo: atenção, apreender, relembrar, associar e aprender.

A atenção, de acordo com a neuropsicologia britânica, é um atributo intelectual, integrador de outros atributos cognitivos, não sendo um atributo isolado. Por isso, é um processo fisiológico complexo, directamente ligado à memória, que por sua vez está ligada à emoção.

Em primeira instância, a “atenção é o esforço de focalização do pensamento em um estímulo específico”, Arruda (2008, p.25). Por outras palavras, atenção é a criança focar ou concentrar – se numa só tarefa.

O défice de atenção, dificuldade de atenção, desatenção, dificuldade de concentração é o sintoma central da PHDA. Considerado elemento principal para o diagnóstico, este sintoma pode ser o menos evidente para os pais.

As pesquisas demonstram que o défice de atenção pode manifestar-se de outras formas, na capacidade de perceber detalhes, erros por descuido, dificuldade para acompanhar instruções longas e retomar atenção.

A motivação é considerada como um factor importante capaz de influenciar a capacidade de atenção.

3. PREVALÊNCIA

A PHDA é hoje considerada uma das formas de psicopatologia mais frequentes na infância e adolescência.

Esta patologia surge antes dos sete anos, afecta 3% a 7% da população em idade escolar com maior incidência no sexo masculino do que no sexo feminino (DSM-IV-TR, 2002).

Esta perturbação prossegue na idade adulta em cerca de 50% a 80% dos casos diagnosticados durante a infância, em que mantém problemas de desatenção, impulsividade, em separado ou conjuntamente (Costa, et al., 2010, p. 16).

4. ETIOLOGIA

As causas que conduzem à origem de PHDA não revelam dados precisos e conclusivos de identificação dos factores que originam esta perturbação. As causas são muito variáveis e, provavelmente, dependentes de diversos factores, tornando-se assim difícil, na maioria dos casos, determinar uma etiologia precisa.

Há uma evidência crescente dos autores para a hipótese multifactorial. A opinião mais generalizada é que as condutas neuropsiquiatrias parecem ser resultado de uma complexa combinação de factores ambientais, genéticos e biológicos/neurológicos.

4.1 Factores Biológicos/Neurológicos

Entre as possíveis causas, realçam-se factores neurológicos. Em estudos mais recentes, foi possível estabelecer uma relação entre a capacidade de uma pessoa prestar atenção a uma tarefa e ao nível de actividade cerebral. Neste contexto, Barkley (2002, p.51) refere que diversos estudos actuais mediram a actividade cerebral em indivíduos com PHDA e verificaram que é “mais baixa na área frontal do cérebro dessas pessoas do que em pessoas sem PHDA”.

Sauvé (2006, p.22) remete para a:

“hipótese dos dados entre as células não se encaminharem de forma normal, sobretudo em virtude da insuficiência de secreção dos neurotransmissores sendo que esta anomalia provoca um abrandamento no transporte de informação, facto que, por sua vez, modifica a velocidade de funcionamento da zona do cérebro envolvida. A falta de controlo e atenção da criança que designamos como hiperactiva, ou desatenta, poderá derivar desta perturbação neuroquímica”.

Para Lino (2005,p.78), “a PHDA resulta de um funcionamento alterado no sistema neurobiológico cerebral, ou seja, os neurotransmissores apresentam-se em elevadas quantidades no interior das zonas cerebrais responsáveis pelas noções da atenção, impulsividade, actividade física e mental do comportamento humano”. Os principais neurotransmissores responsáveis por este distúrbio são a noradrenalina e a dopamina.

Segundo Seliokowitz (2010,p.139):

“o principal defeito na PHDA é um metabolismo defeituoso e/ou norepinefrina na sinapse, que causa uma fraca transmissão de impulsos nervosos entre um neurónio e o seguinte (...) a deficiência localiza-se geralmente nos neurónios da ligação fronto-estriária. (...) por isso, um «bloqueio» à transmissão nervosa nesta parte do cérebro. Quando é precisa uma mensagem para o processamento adequado de uma função executiva como controlar a impulsividade, concentração ou trabalhar a memória a curto prazo, a mensagem não consegue deslocar-se entre os neurónios”.

De salientar ainda a influência do meio ambiente pré-natal, como o uso de drogas durante a gravidez, as complicações durante a gravidez e o parto que podem causar traumatismos crânio-encefálicos e anoxia, considerados responsáveis por mudanças estruturais e funcionais do cérebro. Estes traumatismos podem suscitar o desenvolvimento de sintomas associados à PHDA.

4.2 Factores Genéticos

Há também diversos autores e estudos que apontam para a influência da hereditariedade. Pensa-se que as características bioquímicas que influenciam o aparecimento de sintomas de PHDA sejam transmitidas de pais para filhos. Barkley (2002, p.89) menciona que “os pais que apresentam PHDA são mais propensos a ter crianças com PHDA devido à sua história familiar do que as crianças nascidas sem esses factores de risco”.

Em alguns casos, a perturbação tem origem genética e é o resultado de um desequilíbrio ou deficiência em certos neurotransmissores, isto é, substâncias químicas que ajudam o cérebro a regular o comportamento.

Há estudos realizados com gémeos que mostram uma maior concordância de desatenção e hiperactividade entre os gémeos verdadeiros do que entre os gémeos não verdadeiros. Neste contexto e num estudo conduzido por Goodman e Stevenson (1989) avaliaram a hereditariedade da hiperactividade entre 127 pares de gémeos monozigóticos (que possuem 100% do aparelho genético) e 111 pares de gémeos dizigóticos (que possuem aproximadamente 50% do aparelho genético). A concordância para o diagnóstico da hiperactividade foi revelada em 51% nos gémeos monozigóticos e 33% nos pares dizigóticos. Os autores deste estudo concluíram que a hereditariedade relativamente à hiperactividade se situa entre 30 a 50%, indicando que os factores genéticos têm um papel significativo na perturbação.

4.3 Factores Familiares

Quando se fala de PHDA, atribui-se muitas vezes a origem a factores sociais e familiares. Actualmente, esta teoria foi posta de parte: a atitude dos pais nada tem a ver com a génese da PHDA.

Sauvé (2006, p.12) refere que “a personalidade dos pais, como o carácter, a maturidade ou a boa vontade da criança, não são elementos desencadeadores deste fenómeno”.

Barkley (2002,p.87) remete para “um estudo de relações familiares de crianças com sintomas de PHDA, verificando que quando medicadas o comportamento das mães era normal”.

Alguns autores são unânimes em referir que os comportamentos manifestados por crianças PHDA são consequência de um ambiente familiar de stress.

Está provado que o ambiente familiar influi de forma notória no comportamento da criança de forma positiva ou negativa: os conflitos contínuos entre o casal produzem efeitos prejudiciais nas crianças.

Contudo, parece cada vez mais evidente que os problemas familiares (famílias monoparentais, casamentos, divórcios, separações, violência, desentendimentos, etc.) e económicos (desemprego, pobreza, endividamento, etc.) aumentam o risco de problemas comportamentais (agressividade) e emocionais que poderão desencadear a PHDA. 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).

Lino (2005) refere que muitas vezes a criança desenvolve PHDA devido a crises familiares, principalmente se existir uma predisposição genética.

4.4 Factores Socioculturais e Ambientais

Há estudos que referem a influência da dieta alimentar na prevalência da PHDA. Neste contexto, parece que alguns tipos de açúcar, corantes e conservantes têm alguma relação com a prevalência da PHDA. Observou-se, por exemplo, que quando crianças hiperactivas consumiam muito açúcar aumentava o seu nível de agitação, contudo, não

chegou a ser provado que uma dieta sem açúcar fosse capaz de diminuir os sintomas (Villar, 1998).

Por outro lado, há estudos que apontam para os efeitos culturais sobre a PHDA. Nesta perspectiva, Ross e Ross (1982) sublinha que as culturas que oferecem expectativas e consequências claras às crianças para os comportamentos e normas esperadas, são as chamadas culturas consistentes, e apresentam menor incidência de crianças com PHDA. Ao invés, as culturas inconsistentes têm mais crianças diagnosticadas com PHDA porque se focam demasiado nas diferenças individuais e fornecem modelos ambíguos à criança relativamente à conduta apropriada.

Outros estudos apontam para o facto de inferirem as perturbações dos pais no surgimento de problemas psicológicos nas crianças, devido à alteração negativa das interacções entre pais e filhos. De facto, o meio poderá desencadear comportamentos de PHDA e até ser “protagonista” na revelação da PHDA que advém de outros factores biológicos.

Alguns destes estudos revelam também que a absorção do fumo dos cigarros durante a gravidez é mais frequente nas mães de crianças com PHDA, do que nas crianças de mães não fumadoras. Segundo Streissguth (1984), a absorção do fumo dos cigarros pela mãe estava significativamente associado com o grau de hiperactividade e desatenção na criança.

Certos investigadores chegaram mesmo a fazer uso da expressão “Síndrome Fetal do Tabaco” para se referirem às crianças cujas mães fumam pelo menos cinco cigarros por dia durante a gravidez e que geram crianças que apresentam atrasos de crescimento simétrico no final da gravidez, que resulta num baixo peso à nascença.

Da mesma forma se considera a relação que existe entre a ingestão de álcool pela mãe durante a gravidez e a PHDA. Neste caso concreto, as mulheres que excessivamente consomem álcool durante a gravidez têm um elevado risco de ter crianças que manifestam o “Síndrome Fetal do Álcool”. Há estudos que constatarem que as crianças com o Síndrome Fetal Alcoólico podem apresentar um conjunto de diferentes tipos de sintomas para além da hiperactividade que incluem défices de atenção, dificuldades nas relações sociais ou até mesmo o atraso mental, hipotonia e ataxia.

De salientar ainda os estudos de Anastapoulo e Barkley (1988) e outros investigadores que demonstraram que uma elevada concentração de chumbo no sangue, causava perturbações de hiperactividade nas crianças.

5. CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS A ESTA PERTURBAÇÃO

As características fundamentais da PHDA são: Défice de Atenção, Hiperactividade e Impulsividade, consideradas pela maioria dos autores como essenciais para a elaboração do diagnóstico.

Existem ainda outras características que poderão estar associadas à PHDA, mas nem todas as crianças as evidenciam. Algumas apresentam dificuldades cognitivas, dificuldades na leitura (dislexia), dificuldades na escrita (disgrafia), dificuldades no cálculo (discalculia), ao nível da memória verbal e não verbal. As crianças com PHDA podem também revelar problemas de linguagem, nomeadamente o atraso no início da sua aquisição, dificuldades articulatórias, ou apenas, o falar excessivamente.

No campo da afectividade e das emoções, estas crianças revelam dificuldade no autocontrolo das emoções. A irritabilidade, a hostilidade, a excitabilidade e a hiper-reatividade emotiva são frequentemente descrições da PHDA (Barkley, 1990). Estes factores complicam a situação da criança no plano social (stress familiar e ambiental), escolar (problemas específicos de aprendizagem) e psicoafectivo (agressividade, ansiedade, elementos depressivos).

As crianças podem apresentar comportamentos disruptivos na sala de aula, prestações abaixo das suas capacidades, dificuldades de aprendizagens específicas, dificuldades de relacionamento com os seus pares, retenções, necessidade de usufruir de tutoria, acompanhamento psicológico na escola e problemas disciplinares. Podem revelar pouca persistência e baixa motivação na realização das tarefas devido à sua dificuldade em cumprir instruções, regras e ordens. Em função dessas situações expostas anteriormente, por norma, a criança desenvolve uma baixa auto-estima e um baixo auto-conceito escolar.

A PHDA interfere no funcionamento das diferentes esferas da vida, em casa, na escola, ou durante as actividades recreativas. A aparência e intensidade das manifestações variam conforme a criança: cada criança é um caso. Esta perturbação é diagnosticada em todas as classes sociais e despista-se em crianças com diferentes potenciais intelectuais.

Segundo Arruda (2008,p. 24), um aspecto que nos ajuda a “diferenciar a PHDA de outras condições é a incapacidade de modelação de sintomas, dada a natureza

neurobiológica da perturbação, a criança não consegue controlar os sintomas e eles ocorrem em qualquer contexto”.

Na adolescência e na vida adulta, as pessoas com PHDA são mais propensas ao consumo de álcool, drogas e vários tipos de acidentes, em particular acidentes de trânsito. Neste período, não são raros surgirem problemas profissionais como mudança frequente de profissão, demissões, nível de realização abaixo da sua capacidade, entre outras situações.

Estas pessoas apresentam um maior risco de contraírem outras patologias, como depressão e ansiedade.

6. DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO

A avaliação e diagnóstico de PHDA constituem uma tarefa difícil e morosa devida à sua complexidade, número de intervenientes e à dificuldade em determinar a sua etiologia.

A realização de um diagnóstico correcto e adequado torna-se imprescindível para que o melhor tratamento possa ser indicado.

A avaliação deve ser realizada por um profissional especializado, pedopsiquiatra ou um neuropediatra, agentes essenciais no apoio e acompanhamento de crianças com necessidades educativas especiais. O técnico que efectua a avaliação deverá recorrer a fontes múltiplas para recolher toda a informação necessária. O diagnóstico adequado deve incluir as seguintes vertentes:

- Histórica: recolha do historial clínico e familiar da criança;
- Médica: observação da criança, exame físico e ao desenvolvimento neurológico, incluindo exames à visão, à audição, coordenação motora ou sensorial, controlo muscular e dificuldades em permanecer em equilíbrio.
- Desenvolvimental: descrição da aquisição e desenvolvimento das diferentes capacidades para determinar a existência ou não de problemas específicos associados;
- Comportamental: descrição dos comportamentos em diferentes contextos com especial atenção para o início, evolução, frequência e intensidade, duração, circunstâncias precipitantes e consequências dos comportamentos problemáticos. Deve recorrer-se à observação directa do comportamento da criança num contexto natural, visto que no contexto clínico este pode estar condicionado.

• **Educacional:** descrição do percurso escolar, avaliação da situação psíquica e da personalidade; avaliação neuropsicológica das capacidades cerebrais envolvidas no processo de aprendizagem: avaliação cognitiva com a Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC III), avaliação do perfil atencional, cálculo, memória, linguagem, coordenação viso - espacial e outras.

Deve proceder-se ainda à avaliação psicopedagógica nas crianças com PHDA e dificuldades de aprendizagem, para examinar problemas específicos, acrescida da observação do comportamento em diferentes contextos, com recurso a escalas concretas a serem preenchidas pelos pais e professores. Deverão ainda ser recolhidas informações através de entrevistas feitas aos diversos intervenientes.

A avaliação ao nível da Terapia da Fala será importante para as crianças com PHDA que revelam atraso na aquisição da linguagem, distúrbios de fala, dificuldades na escrita ou leitura, principalmente, se há suspeita de dislexia.

Podem considerar-se também, como medidas adicionais, o recurso a meios complementares de diagnóstico, como o Electroencefalograma, a Tomografia Axial Computorizada, a Ressonância Magnética e o SPECT cerebral.

Como a criança faz parte do meio em que está inserida, será também necessário examinar o seu contexto social. Deve ser analisada a influência dos pais, os valores da sua educação e a forma como os transmitem aos filhos.

O profissional deve basear a sua avaliação num conjunto de factores enquanto observa e ouve a criança. Deve pôr de parte alguns elementos que podem conduzir a um diagnóstico erróneo como a falta de atenção devido a perda de visão, as dificuldades auditivas, dificuldades específicas de aprendizagem, a epilepsia e até a situações comportamentais, que muitas vezes se devem a uma educação permissiva e com ausência total de referências.

A identificação do problema é da responsabilidade dos professores, pais e outros adultos que lidam com a criança e a todos cabe uma intervenção adequada.

Para Silva (2010), “a importância do diagnóstico e tratamento precoce é altamente eficaz”. A PHDA sem tratamento pode influenciar adversamente o desempenho escolar e/ou a actividade profissional, diminuir a auto-estima e afectar as relações interpessoais.

6.1 Critérios de Diagnóstico

No diagnóstico de PHDA, os critérios mais conhecidos e utilizados são segundo Lopes (2003) a *International Classification of Disases* (ICD-10) e o *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM).

Na Europa, o diagnóstico é feito geralmente com base nos critérios ICD-10, de acordo com os quais a PHDA apresenta três das principais características clínicas principais:

1- Falta de Atenção: dificuldade de concentração em actividades por muito tempo;

2- Hiperactividade: inapropriado excesso de movimento;

3- Impulsividade: actuação sem reflexão.

Os três principais indicadores devem estar presentes num grau considerado inconstante com o nível de desenvolvimento da criança, causar dificuldades de significado clínico na actividade social, académica, funcional ou ocupacional, persistirem no tempo por, pelo menos (6 meses), bem como serem recorrentes em mais do que um contexto (geralmente em casa e na escola).

Para além disso, a criança não deve preencher os critérios para distúrbios de desenvolvimento, episódios maníacos ou distúrbios de ansiedade e o início do distúrbio deve dar-se numa idade não superior aos 7 anos (Lopes, 2003).

Dada a complexidade da PHDA e à abundância de inúmeros e diferentes padrões inerentes a esta problemática a Associação Americana de Psiquiatria (AAP) caracterizou três sub - tipos de PHDA, de acordo com a prevalência dos sintomas da falta de atenção e da hiperactividade e ou impulsividade.

Estes tipos de PHDA são enunciados na *Fourth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-IV TR, 2002) de seguinte modo:

1. Desordem por Défice de Atenção /Hiperactividade, tipo predominantemente caracterizado pela desatenção; usado na presença de seis ou mais sintomas de falta de atenção e menor número de manifestações de hiperactividade/impulsividade;

2. Desordem por défice de Atenção/Hiperactividade, tipo predominantemente caracterizado pela hiperactividade - impulsividade; presença mínima de seis sintomas de hiperactividade/impulsividade e menores manifestações de falta de atenção;

3. Desordem por Défice de Atenção/Hiperactividade, tipo misto; presença de seis ou mais sintomas de falta de atenção e Hiperactividade/impulsividade.

Posto isto, há crianças que não apresentam grandes dificuldades em controlar a sua impulsividade e em sentar-se tranquilamente, mas não conseguem focar a sua

atenção numa actividade proposta. Por outro lado, encontramos crianças que conseguem focar a sua atenção na actividade, mas que a perdem facilmente por revelarem dificuldades em controlar os seus impulsos e a actividade motora, caracterizando-se predominantemente pelo tipo hiperactivo/impulsivo. Contudo, o sub - tipo mais frequente é o tipo combinado ou misto, que apresenta sintomas dos três tipos de PHDA.

Para o diagnóstico da PHDA, o DSM IV-TR (2002) refere que esta perturbação requer presença persistente e perturbadora de, pelo menos, seis sintomas duma lista de dezoito, metade dos quais relacionados com o défice de atenção e outra metade apresentando problemas de hiperactividade/ impulsividade. Estes normalmente resultam da síntese de um conjunto de informação recolhida junto da família, escola/trabalho e do próprio indivíduo, de entrevistas e de uma observação directa.

A. Falta de Atenção (1) ou Hiperactividade – Impulsividade (2):

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

- Falta de Atenção

(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas; (ex: o estudante sai do teste e percebe que errou em muitas questões que ele próprio considera fáceis).

(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades; (ex: algumas pessoas com PHDA nunca leram um livro até ao fim).

(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;

(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades (ex: a desorganização é muito grande);

(f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);

(g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas e nunca sabem onde guardam os objectos);

(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes (ex: basta o menor ruído que a pessoa perde o fio condutor da conversa que estava a ouvir);

(i) esquece-se com frequência das actividades do quotidiano (ex: quando recebem um recado, dificilmente o transmitem correctamente. Se lhes é pedido para comprar dois ou três objectos, fatalmente alguma coisa é esquecida).

(2) Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperactividade – impulsividade devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e consistente em relação ao nível de desenvolvimento:

- Hiperactividade

A pessoa apresenta com frequência (e não apenas ocasionalmente) as seguintes características:

(a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado (ex: é característico o balançar constante das pernas ou bater com a ponta dos pés);

(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

(c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);

(d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;

(e) com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”;

(f) com frequência fala em excesso.

- Impulsividade

A presença frequente dos sinais:

(g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

(h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;

(i) com frequência interrompe ou interfere as actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

1.1.1. Critérios Adicionais:

1. **Quantidade:** devem estar presentes pelo menos seis dos sintomas de falta de atenção ou de hiperactividade - impulsividade.
 2. **Início:** Surgem antes dos sete anos (antes da idade escolar);
 3. **Contexto:** Sintomas presentes em dois ou mais contextos (casa, escola, local de trabalho);
 4. **Duração:** Persistem há pelo menos seis meses com intensidade e claramente inapropriados e inconsistentes à idade e ao nível de desenvolvimento da criança;
 5. **Provas:** Provocam compromisso significativo nas actividades sociais, académicas, ocupacionais ou laboral;
- B. Exclusão:** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma perturbação geral de desenvolvimento; Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicadas por outra perturbação mental (por exemplo: Perturbação do Humor, Perturbação de Ansiedade ou Perturbação Dissociativa).

Atendendo a estes critérios de diagnóstico definidos DSM-IV-TR (2002), verificamos que a diminuição da atenção, a hiperactividade e a impulsividade constituem os sintomas nucleares da PHDA.

6.2 Diagnóstico Diferencial

Fazer um diagnóstico diferencial da PHDA é algo muito complicado principalmente se estiver associada a outras perturbações, por isso é necessário que se detecte a presença do Défice de Atenção quando manifestados outros sintomas.

Os principais sintomas da PHDA têm início, antes dos sete anos de idade, contando com uma história infantil de adaptação escolar caracterizada por comportamentos disruptivos ou queixas dos professores relativamente a situações de falta de atenção, impulsividade e hiperactividade.

Desta forma, torna-se necessário distinguir os sintomas de PHDA de:

- Comportamentos adequados à idade da criança, como por exemplo: correr sem parar ou comportamentos ruidosos;
- Falta de educação;
- Crianças com dificuldades cognitivas, quando colocadas em situações escolares desadequadas à sua capacidade mental;

- Falta de atenção em crianças sobredotadas, sujeitas a meios escolares pouco estimulantes;
- Deficiência mental, em que só se deve fazer o diagnóstico adicional da PHDA, quando os comportamentos de desatenção e/ou hiperactividade são excessivos em relação à idade mental;
- Falta de atenção em crianças pertencentes a meios inadequados, desorganizados ou caóticos, com presença de movimentos estereotipados;

A PHDA associa-se frequentemente a outras perturbações disruptivas do comportamento, particularmente relacionados com a oposição.

Grande parte das situações, abaixo descritas, podem existir, partilhar sintomas ou sobrepor-se à PHDA:

- Perturbações do comportamento,
- Problemas de aprendizagem,
- Perturbações de humor (perturbação bipolar),
- Perturbação da personalidade,
- Perturbação de ansiedade,
- Comportamentos contestatários e desafiantes,
- S. Gilles La Tourette,
- Perturbação da linguagem,
- Esquizofrenia ou psicoses,
- Doenças metabólicas e endócrinas,
- Abuso de Drogas

A PHDA, não se diagnostica se os seus sintomas ocorrem durante uma perturbação global do desenvolvimento ou psicótica, inerente ao consumo de substâncias sem outra especificação.

6.3 Factores associados ao Diagnóstico

6.3.1 Desempenho Académico

Actualmente, os alunos passam sete ou oito horas por dia, cinco dias por semana; na sala de aula, o que torna indispensável os professores saber em como intervir nesse contexto.

O problema do desempenho académico dos alunos com PHDA tem sido abordado por muitos autores, visto que, na generalidade estes alunos apresentam um desempenho inferior em relação aos outros. Neste sentido, precisamos de conhecer a influência da PHDA na evolução escolar das crianças.

Podemos afirmar que existe uma estreita ligação entre a PHDA e os problemas de aprendizagem, constituindo aquele um factor do aparecimento de situações relacionadas com o insucesso escolar.

Para P., Heleno, S., Pinhal, C.(2010, p.100), “os sujeitos com PHDA manifestam características que interferem, não só ao nível de relacionamento entre pares, mas também ao nível da realização académica”.

Segundo a DSM-IV-R (APA, 2002) é frequente os sujeitos com PHDA alcançarem níveis escolares abaixo dos níveis obtidos pelos colegas e terem um rendimento laboral inferior.

Para Barkley (cit. in Lopes, 2004) tem-se por relativamente incontroverso, que as crianças com PHDA têm níveis de realização escolar baixos e significativamente inferiores às suas capacidades, resultando estas dificuldades, supostamente, dos problemas de atenção, impulsividade e, sobretudo, da irrequietude.

Maia (2008,p.8) refere que:

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

De acordo com Polaino - Lorente e Ávila (2002), a capacidade intelectual da criança com PHDA pode ser baixa, normal ou alta, como qualquer outra criança. No entanto, as dificuldades de atenção, a falta de reflexão e a constante agitação motora não favorecem a aprendizagem. Pelo contrário, bloqueiam-no, provocando assim, um insuficiente rendimento escolar.

Selikowitz (2009, p.61) refere que:

“a criança com PHDA tem baixo resultado escolar por uma série de razões. As dificuldades também se reflectem em crianças sem problemas de comportamento. Nos casos em que se registam situações a esse nível, as dificuldades de aprendizagem estão mais associadas com os défices específicos no processamento da informação do que ao comportamento em si”.

Estes défices específicos são apontados como as causas mais comuns de insucesso escolar das crianças com PHDA, o que faz com que algumas delas retenham muito pouca informação na sala de aula. "A impulsividade compromete a organização e o pensamento lógico - sequencial (a fraca memória activa) ". O défice de processamento auditivo e percepção visual, as competências de organização muito reduzidas, dificuldades na ortografia, fraca coordenação motora e caligrafia normalmente lenta e desordenada, dificuldades de linguagem, dificuldades no raciocínio - lógico matemático" põem em causa o seu desempenho educativo.

Assim, todos estes défices conjugados com as dificuldades emocionais, sociais e comportamentais de uma criança com PHDA podem, sem dúvida, na génese do seu sucesso escolar.

Safer e Allen (cit. in Vásquez) defendem que dado, a PHDA pressupor não apenas um desajuste do comportamento da criança, mas também das suas aprendizagens, os programas de tratamento devem visar tanto o progresso académico como a diminuição da sintomatologia comportamental, dando prioridade ao primeiro aspecto. Também investigadores como Ross, Du Paul & Stoner, defendem e documentam a sobreposição entre a hiperactividade e dificuldades de aprendizagem (cit. in Rebelo, 1998).

Os alunos com PHDA, pelos motivos já aduzidos, apresentam um défice de aprendizagem requerendo, na maior parte dos casos, instrução remediativa e apoio pedagógico acrescido. Contudo, paralelamente ao trabalho desenvolvido na sala de aula, há que, da parte de toda a comunidade escolar, introduzir métodos diversos de prevenção e de intervenção.

6.4 Avaliação

A avaliação da PHDA tem por base a observação e o registo dos comportamentos dos alunos. A observação é de vital importância na análise de comportamentos para estabelecer eventuais conexões entre si, sendo necessário proceder aos registos observados para, posteriormente, os quantificar e torná-los mais objectivos.

Na avaliação da PHDA utilizam-se sobretudo entrevistas semi-estruturadas e estruturadas, porque, para além dos valores objectivos, a entrevista vai fornecer à avaliação a dimensão fenomenológica que as escalas e questionários não conseguem complementar. Segundo Simões (1998), a entrevista constitui o instrumento mais

utilizado na avaliação da PHDA. A primeira fase da avaliação passa pela obtenção de um conjunto aprofundado de informação anamnésica recolhida através de entrevistas aos pais, à criança, ao professor e outros técnicos que acompanham a criança.

Esta informação anamnésica deve conter os dados relativos à história pré, peri, e pós-natal, ao desenvolvimento infantil, à história clínica e médica, à história familiar, social e escolar, às dinâmicas familiares, ao comportamento disruptivo que a criança evidencia nos diversos contextos (e desde quando o evidencia) entre outros factores que possam ser igualmente importantes para o diagnóstico (Barkley, 1991; Lopes, 2003; Rohde & Halpern, 2004).

Estas informações conjuntamente com o exame médico são elementos essenciais para a realização de um diagnóstico correcto e rigoroso. Os elementos recolhidos através dos pais e professores revelam-se verdadeiramente indispensáveis e valiosos para a compreensão da criança e da sua família.

A entrevista deve ser completada por outros métodos. Constitui geralmente uma primeira aproximação ao indivíduo identificado ou a pessoas significativas da sua vida. Trata-se assim de um primeiro passo no processo de avaliação (Lourenço, 2009).

As entrevistas permitem avaliar as percepções acerca das dificuldades da criança, a forma como estas afectam a vida familiar e quotidiana da criança, problemas ao nível da motricidade, pensamento, comunicação e funcionamento social (Simões, 1998) e as percepções sobre a eventual origem do problema, não só relativamente à criança, mas também de eventuais problemas familiares, psiquiátricos e outros distúrbios da personalidade que podem afectar a integridade psicológica dos pais (Barkley, 1998).

As manifestações do comportamento aparecem normalmente em contextos variados, incluindo a casa, a escola, o trabalho e as situações sociais. Para se poder fazer um diagnóstico têm que existir alterações em pelo menos dois destes contextos (APA, 2002).

É recomendável o recurso a escalas já testadas na população, concebidas apenas com a inclusão do que é observável e pode ser quantificado. Os registos devem efectuar-se em casa e na escola. Em qualquer das situações mencionadas, deve delimitar-se o tempo de observação e contabilizar o número de vezes que a mesma ocorrência se regista.

A fase seguinte passará pela aplicação de escalas específicas de PHDA aos pais, professores e outros elementos que tenham contacto frequente com a criança.

Actualmente, existem diversas checklists, sendo das mais utilizadas e validadas em termos científicos as seguintes:

A SNAP-IV Rating Scale e a SWAN Rating Scale, ambas de James M. Swanson.

São questionários baseados nos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Na SNAP-IV Rating Scale encontram-se listados os 18 sintomas, tal como estão descritos no DSM-IV, categorizados numa Escala de Likert de 4 pontos. A sua versão completa apresenta 90 itens, onde se encontra igualmente descrita outra sintomatologia psicopatológica. A SWAN Rating Scale é uma evolução da escala anterior, onde os 18 itens reflectem um comportamento normativo da criança, encontrando-se categorizados numa escala de 7 pontos (pontuação entre -3 e +3) que são indicativos do grau de severidade dos comportamentos evidenciados. Os 9 primeiros itens referem-se à dimensão de Desatenção e os 9 itens seguintes à dimensão de Hiperactividade-Impulsividade. Esta escala tem sido amplamente utilizada, apresentando muito bons índices de identificação de casos de PHDA.

A Escala de Conners (Conner's Rating Scales - CRS-S) é provavelmente o instrumento clínico mais utilizado no diagnóstico da PHDA nas crianças dos 3 aos 17 anos de idade. Existem duas escalas (escala para pais e escala para professores) e esta escala inclui diversas versões (completa e a reduzida), cada uma delas com um número diferente de itens. Os observadores informam-se do comportamento da criança, escolhendo uma de quatro opções de resposta que são quantificadas a partir do "nunca" ao "muito frequente", a que melhor corresponde ao nível observado.

6.4.2 Escala de Conners (reduzida) para professores

A Escala de Conners para professores (Anexo II) apresentada neste trabalho é composta por vinte e oito (28) itens e quatro (4) sub-escalas de forma completa, a seguir mencionadas:

- Oposição (5 itens)
- Problemas Cognitivos - Desatenção (5 itens)
- Excesso de actividade motora (7 itens)
- Índice da PHDA (12 itens).

Esta escala abarca vários domínios de funcionamento, que abrange o comportamento e a personalidade, incluindo problemas como a desatenção, a hiperactividade, o comportamento anti-social, a agressão, entre outros.

O questionário destinado aos professores avalia o comportamento da criança na escola, a participação na turma e entre pares, a reacção perante a autoridade do

professor e a sua adaptação ao meio escolar. Cabe aos professores responder a este questionário de forma coerente e precisa, visto que é uma boa fonte de informação.

6.4.3 Escala de Conners (reduzida) para Pais

A Escala de Conners para Pais (Anexo III) é constituída por vinte e sete (27) itens e inclui quatro (4) sub-escalas de forma completa, a seguir nomeadas:

- Oposição (6 itens)
- Problemas Cognitivos - Desatenção (6 itens)
- Excesso de actividade motora (6 itens)
- Problemas Psicossomáticos (5 itens)
- Índice da PHDA (12 itens).

Este questionário dirigido aos pais avalia problemas de aprendizagem e conduta, problemas psicossomáticos, ansiedade, impulsividade, hiperactividade, relativos ao comportamento da criança em casa.

Os pais têm a vantagem de observar a criança ao longo dos anos e em diversificados contextos. As suas percepções são muito importantes devido à sua influência no comportamento da criança.

6.5 O papel dos Professores no Diagnóstico

Os professores são muitas vezes os primeiros a detectar o problema da criança. Normalmente observam o comportamento e atitude da criança no trabalho individual, no grupo, na sala de aula, no recreio e na interacção com os adultos. No seguimento das observações, devem solicitar informações aos professores de educação especial.

Posteriormente, conversam com o encarregado de educação em relação à atitude e comportamento evidenciado pela criança, de forma a indagar qual é o seu comportamento e atitude em casa e no seio familiar.

Nesta conversa, os professores poderão percepcionar ou não a aceitabilidade por parte do encarregado de educação relativamente ao encaminhamento do seu educando para uma consulta de avaliação psicológica e à avaliação pelos serviços da educação especial da escola. Caso não se consiga determinar o diagnóstico, solicita-se a ajuda de um especialista, encaminhando o aluno para uma consulta médica.

Segundo vários estudos, a escola desempenha um papel importante na detecção deste problema. Para Garcia (2001) são os professores que, frequentemente, identificam as crianças com actividade motora excessiva, inquietas e distraídas.

Havey (2007) assegura que “a falta de atenção no DSM-IV é definida em grande parte com base em actividades escolares, no âmbito das suas observações e percepções dos professores são essenciais”.

Para Barbosa (2005,p. 67), a PHDA “é considerada uma limitação de carácter permanente, elegível pela educação especial, quando o défice de atenção, a hiperactividade e a impulsividade prejudicam seriamente o desenvolvimento da criança e quando são visíveis em todos os ambientes e ao longo do tempo”.

Fora destes casos, o aluno poderá necessitar apenas de uma intervenção de carácter educativo.

7. O IMPACTO DA PHDA NA CRIANÇA, NA FAMÍLIA E NA ESCOLA

A escola é a segunda “casa” da criança. É aí que passa grande parte do tempo e onde lhe é solicitado que preste atenção e respeite os outros. As instruções sucedem-se e passa mais tempo a ouvir do que a falar. Na escola a criança socializa-se, experimenta, vive e aprende.

Para a maioria das crianças, a escola é motivo de grande entusiasmo e de felicidade. Contudo, nem sempre isso acontece sobretudo para o caso de crianças com PHDA, devido à falta de auto-estima, à baixa capacidade de atenção e de concentração e dificuldades nos relacionamentos interpessoais, na aprendizagem e impulsividade.

Os primeiros anos de escolaridade são muito importantes, não só em termos escolares como em termos sociais. Durante o período em que a criança com PHDA frequenta o Jardim de Infância, o seu comportamento pode não ser diferenciado dos colegas, uma vez que o baixo nível de atenção, concentração, agitação motora e impulsividade são comuns nesta faixa etária.

A partir do 1º Ciclo, os períodos de concentração e de atenção na sala de aula aumentam e a criança depara-se com sérias dificuldades em manter e/ou concentrar a atenção. Deixa então de seguir as instruções e concluir as tarefas propostas, distraíndo-se com estímulos irrelevantes, perdendo os materiais escolares, sentando-se e levantando-se da cadeira quando é inadequado ou esquecendo-se das actividades do quotidiano e é comum revelar uma falta de organização, ou actua como estivesse “ligado a um motor”, falando excessivamente, movimentando as mãos e os pés, movendo-se

quando está sentada. Neste contexto, começam a aparecer os problemas com maior intensidade e a distinguir-se dos demais. As dificuldades escolares e de relacionamento social aumentam e são fonte de grande angústia e ansiedade, em virtude da sua impulsividade, que o leva a interferir e muitas vezes a perturbar as brincadeiras dos colegas. Desta forma, muitas destas crianças vão perdendo amigos, o que pode ser emocionalmente devastador. Quando a criança com PHDA é agressiva verbal ou fisicamente com os colegas, o envolvimento com este fica seriamente comprometido e o resultado final é uma má reputação no seio dos amigos e os companheiros de sala de aula. Estas crianças necessitam assim de um acompanhamento individual especializado.

No 1º Ciclo, a grande maioria das crianças são identificadas quando começam a apresentar dificuldades em acompanhar as exigências escolares próprias para a sua idade e começa a persistir o insucesso. Outras razões de identificação são “os comportamentos disruptivos frequentes na sala de aula, ou as dificuldades de relacionamento social com os pares”.

Todas estas manifestações são de facto um problema para a escola. Todavia, o mais problemático é sem dúvida o distúrbio de comportamento associado às dificuldades de aprendizagem. E se não houver intervenção personalizada e especializada para estas crianças podem apresentar graves problemas de relacionamento familiar e social.

Os professores devem manter uma atitude compreensiva ao tentarem lidarem com os alunos que apresentam PHDA, o que pode fazer a diferença o pode fazer toda a diferença no sucesso ou insucesso de um aluno, tanto na escola como noutros contextos.

Por outro lado, a família é um sistema aberto que está em constante movimento e reestruturação, procurando sempre a estabilidade e o equilíbrio de todos os membros que a compõem. Toda a família é interactiva, pois reage às mudanças sociais, físicas ou mesmo familiares, onde qualquer sucesso ou insucesso que ocorra a algum dos seus membros acabam por se repercutir positiva ou negativamente em todo o agregado. Além do mais, as famílias podem experimentar inesperadas ou repentinas alterações nas suas vidas. O facto de se ter um filho com qualquer tipo de problema que se repercuta na escola, e portanto, com necessidades educativas especiais, não é uma simples mudança à qual a família se adapte com facilidade.

Segundo o autor Polis (2008,p.134), “os pais são o fulcro da vida da criança com PHDA”. Nos casos das crianças com PHDA, os pais não se podem esquecer que o filho gosta deles, por mais disparates que façam, sendo de realçar o seu importante papel como o eixo de equilíbrio na vida da criança. Quando os pais constatarem que o seu filho não se comporta da forma mais correcta, não tem o rendimento escolar desejado, reage

de forma impulsiva nas mais diversas situações, entram conseqüentemente num conflito interno e familiar, porque o seu filho não é aquele com o qual possivelmente sonharam.

De acordo com Parker (2003, p.31), “educar com sucesso uma criança com PHDA, requerer uma grande dose de paciência e de esforço. Devido ao seu comportamento desafiante, e muitas vezes irritante, as crianças com PHDA, irão testar as capacidades de educar dos melhores pais”. Neste contexto, os pais destas crianças sentem-se muitas vezes angustiados, cansados e desanimados. Por vezes são invadidos pelo sentimento da impotência e de desorientação total, pois têm a impressão que nada é capaz de modificar o comportamento do seu filho.

Frequentemente, uma simples actividade comum de lazer, como a ida a um parque de diversões, pode tornar-se bastante desgastante para os pais, uma vez que, a abundância de estímulos tanto visuais como auditivos, destabilizam a criança e esta pode tornar-se agressiva e difícil de controlar. O recurso a castigos, repreensões e até agressão física são pouco adequados e nada resolvem nestas situações.

Devido à escassez de tempo no quotidiano e às exigências profissionais, nem sempre é fácil os pais ajudarem os filhos a realizarem os trabalhos de casa. Quando assim é devem recorrer a um explicador, para desta forma se libertarem da “guerra” dos trabalhos de casa (David & Myra Sosin, 1996, p.53).

A presença de PHDA pode causar problemas na família, como a separação de casais, discussão de avós e outros familiares a respeito da educação da criança. “As reuniões familiares são uma boa maneira de resolver problemas, que de outra forma acabariam em discussão” (Polis, 2008. p.135).

É conveniente explicar aos irmãos da criança com PHDA, que ela não consegue evitar comportamentos disruptivos, sendo necessário reduzir a tensão no seu relacionamento. Da mesma forma, “encontrar uma pessoa mais velha próxima para ser seu tutor é uma estratégia para lhe indicar um bom caminho” (Polis, 2008, p.135).

8. INTERVENÇÃO

Nos últimos anos, muito se tem escrito acerca dos tipos de programas educacionais para alunos com PHDA e das características de professores que podem ajudar a criança a apresentar um melhor desempenho na escola.

Apesar de não existirem “receitas”, nem dois alunos com PHDA iguais e a necessitarem precisamente do mesmo tipo de ambiente de aprendizagem, há alguns princípios gerais que muitos autores mencionam.

A Associação Americana de Pediatria (2001) refere directrizes para a intervenção na PHDA, seguidamente descritas:

1. Estabelecer um programa para lidar com a PHDA, que é considerada como um problema crónico de saúde, tendo como medidas:

- Fornecer informações adequadas sobre a PHDA;
- Avaliar e monitorizar periodicamente o nível de conhecimentos da família sobre esta perturbação;
- Orientar a família em relação ao problema e adequar as orientações de acordo com o nível de desenvolvimento da criança;
- Estar disponível para responder a perguntas e esclarecer dúvidas;
- Auxiliar a família a estabelecer objectivos adequados, isto é, passíveis de serem alcançados, para o comportamento na vida diária da criança;
- Proporcionar contacto com outras famílias que vivenciam a mesma problemática;

2. Estabelecer os objectivos terapêuticos em colaboração com escola, pais e criança, especificando alvos específicos para orientar a intervenção;

- Melhorar o relacionamento da criança com familiares, colegas e professores;
- Estimular um melhor desempenho académico da criança, a independência nos auto-cuidados e tarefas escolares, bem como a sua auto-estima;
- Aumentar a segurança da criança na comunidade (atravessar ruas).

3. Recurso a medicação estimulante e/ou terapia comportamental;

- Identificar a medicação adequada para cada criança;
- As estratégias mais descritas na literatura utilizadas na Terapia Comportamental incluem reforço positivo, *time-out*, programa de “custo” de resposta e programa de reforço por fichas.

4. Reavaliar o tratamento quando os objectivos não são atingidos;

- A ausência de resposta positiva ao tratamento pode ser decorrente de objectivos desadequados, défice de informações obtidas, presença de comodidade, pouca colaboração ou tratamento ineficiente.

5. Realizar monitorização e acompanhamento constantes, incluindo dados obtidos dos pais, professores e da própria criança.

A PHDA não tem “cura”, mas pode ser controlada através de medidas terapêuticas eficazes para reduzir as manifestações sintomáticas, de forma a impedir que as mesmas provoquem problemas sérios de adaptação às expectativas académicas e sociais, que comprometem a qualidade de vida da criança e da família, e compliquem o diagnóstico.

Na literatura actual uma grande variedade de metodologias de intervenção tem sido utilizadas com base nas necessidades e complexidades de cada caso, ainda que a realidade da investigação e da prática clínica apontem para uma combinação entre elas. Chamamos a atenção para a utilização do termo “metodologias” em detrimento da expressão “tratamento”, ao referirmo-nos às diferentes formas de intervenção englobando estratégias e técnicas diversas. A intervenção na PHDA pode ser de tipo farmacológica, não farmacológica, psicossocial, multimodal ou combinado.

No tocante à intervenção não- farmacológica Barkley (2007) afiança que essa intervenção com apoio e suporte científico são de sito tópicos: (1) educação parental e dos professores acerca da PHDA; (2) psicofarmacologia; (3) treino parental (idade escolar) e intervenção na relação pais-filhos (adolescência); (4) terapia familiar; (5) modificação comportamental na sala de aula; (5) educação especial (6) exercício físico regular; (7) grupos de suporte para pais; (8) serviços de apoio familiar (intervenção residenciais e intensivas).

Em função das limitações da intervenção psicossocial e farmacológica de forma isolada, actualmente, a grande maioria é multimodal.

Para Arruda (2008,p.97), a intervenção multimodal compreendia “o uso de medicamentos específicos (psicoestimulantes), a educação dos pais e da criança sobre o diagnóstico e o tratamento, para além de uma série de orientações adicionais susceptíveis de serem aplicadas em casa e na escola”.

A PHDA poderá envolver uma abordagem múltipla, designada por “multimodal”, devendo incluir várias metodologias e estratégias de intervenção como sejam: farmacológica, psicoterapêutica e psicossocial.

A intervenção farmacológica pode ser necessária, sobretudo nos casos de maior gravidade em termos de frequência e intensidade de comportamentos disruptivos. Todavia, se não for complementada com uma intervenção psicoterapêutica e psicossocial os seus benefícios poderão ser residuais.

As duas últimas intervenções a psicoterapêutica e psicossocial são uma parte extremamente importante, pois complementam a intervenção farmacológica.

Segundo Barkley (2000), a intervenção psicossocial engloba diferentes metodologias: (1) programas para pais com incidência nas dinâmicas familiares e na relação pais – criança; (2) programas de intervenção na escola e sala de aula; (3) colocação da criança na educação especial. Para Pelham e Gagny (1999), a psicoterapêutica divide-se em (1) Terapia Cognitivo-Comportamental; (2) Terapia Comportamental em Contexto Clínico; (3) Modificação de Contingências e (4) Intervenções Intensivas. No primeiro caso, a classificação é feita em função do contexto (família/escola) e no segundo, em função das técnicas utilizadas (cognitivas ou comportamentais) e do seu regime de intensidade.

A aplicação destas metodologias promoverá uma melhoria significativa das competências sociais, desempenho académico, aumento da auto-estima, auto-confiança do aluno e diminuição de comportamentos disruptivos.

O consenso actual é de que o tratamento da PHDA deve ser “multimodal” vários autores defendem esta tese: Barkley, (2002); Rohde et al. (2003); Lopes (2003); Remschmid (2005); Sauvé (2006); Fernandes (2007); Du Paul & Stoner (2007); Arruda (2008); Selikowitz (2009); Rodrigues (2009); Costa, P., Heleno S. & Pinhal, C. (2010) entre outros. A grande maioria deles refere-se à intervenção do subtipo combinado, visto que, é o mais frequentemente diagnosticado.

No entanto, quanto ao subtipo desatento, Sydneys Zentall (2005) assinala que é fundamental, para além da intervenção farmacológica e comportamental, a implementação de métodos de aprendizagem activos e de auto-monitorização, enfatiza o autor que é imprescindível o treino da atenção nas suas particularidades (a atenção selectiva e por tempo prolongado, etc.).

8.1 Intervenção Psico-farmacológica

O uso de fármacos em crianças é actualmente aceite para casos com o diagnóstico de PHDA, cujo comportamento é seriamente afectado em casa e na escola. Apenas uma parte das crianças com PHDA necessita deste tipo de fármacos. Esta intervenção não promove nem desenvolve competências que cada criança necessita de adquirir no seu percurso de vida. O objectivo do tratamento farmacológico é o de ajudar a criança ou o adolescente a melhorar a sua qualidade de vida e não “curar”. Os riscos da terapêutica farmacológica devem ser cuidadosamente analisados juntamente com os riscos da perturbação quando não tratada. Os fármacos não devem ser usados como substituto de um apoio psicológico e pedagógico.

Para Sauvé (2006,p.49), a medica  o actua:

“como um estimulante do sistema nervoso central, tendo as seguintes propriedades: aumenta a capacidade e da dura  o da concentra  o, aumenta o controlo da impulsividade, da agressividade e da agita  o corporal e influencia positivamente a criança na capacidade de se relacionar com os outros”.

Para prescrever a medica  o, o médico baseia-se nos seguintes critérios:” a gravidade dos sintomas apresentados pela criança, a confirma  o do diagnóstico, a observa  o do comportamento na escola e a presença de dificuldades no processo de aprendizagem. Habitualmente, a prescri  o limita-se ao tempo lectivo” (Sauvé, 2006,p.50).

Segundo Lino (2005), a medica  o    uma ferramenta necessária para a qualidade de vida do indivíduo.

Normalmente, a medica  o    a mesma tanto para adultos como para crianças, diferenciando apenas a dosagem e a combina  o adequada a cada caso.

Actualmente, há vários tipos de fármacos que podem ser utilizados para o tratamento da PHDA, que, pelas suas características, encontram-se regulados por legisla  o especial, Decreto-lei n   15, de 22 de Janeiro de 1993.

Existem basicamente três tipos de medicamentos utilizados: os Estimulantes, os Tranquilizantes e os Antidepressivos, sendo a terapêutica com os Estimulantes a mais comum por ser a mais eficaz (Swanson e col., 1993). Os Estimulantes utilizados nos indivíduos com PHDA são: a Ritalina  , a Dexadrina  , o Adderal   e o Cylert  .

Segundo Arruda (2008,p.100), a terapêutica com “psicoestimulantes, o metilfenidato, não são    a primeira escolha âmbito da PHDA, mas também afigura-se como “o mais estudado e prescrito no mundo”.

Esta medicação actua no sistema nervoso, especialmente no córtex pré-frontal, e visa normalizar os níveis de dopamina na criança de modo a que passem a ter níveis normais (ou quase normais) de neurotransmissor até ao momento em que os neurónios sejam capazes de produzir sozinhos os níveis adequados. A deficiente produção de neurotransmissores é responsável pelos sintomas de PHDA.

Crujeira (2007,p.72) refere que, apesar de já existirem:

“bons estudos sobre o metilfenidato e PHDA, a ciência deve continuar a investir no desenvolvimento de novas moléculas mais eficazes para o tratamento. O fármaco ideal deverá ter acção imediata e uma duração de 24 horas de modo a permitir uma única toma. Além do mais, deve apresentar poucos efeitos secundários ser eficaz e acessível para a maioria dos indivíduos e “não induzir dependência ou tolerância”.

Os Antidepressivos e Tranquilizantes são outro tipo de medicação muito utilizado na intervenção da PHDA, sobretudo quando os Estimulantes não fazem efeito ou produzem muitos efeitos secundários prejudiciais à saúde do indivíduo.

Os Antidepressivos e Tranquilizantes mais utilizados são: Norpramine® e o Trofanil®.

Estes efeitos secundários são normalmente: perda de apetite, intumescimento do estômago, fadiga, dor de cabeça, tonturas, visão turva, depressão, irritabilidade, aumento de tensão, lacrimejar e tiques.

Os efeitos secundários são de curta duração e fazem-se sentir durante e após o período de acção do medicamento. Na maioria dos casos, o efeito de longa duração mais frequente é a insónia. Os efeitos secundários detectados não se sobrepõem aos benefícios oferecidos por estes fármacos. Como afirma (Polis, 2008,p.126),“sem eles não teria alcançado o êxito que alcancei”.

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

Os inúmeros estudos comprovam que com a medicação adequada as melhorias são vastas sobretudo no que se refere ao desempenho na aprendizagem e em questões relativas à atenção, à coordenação motora fina, à impulsividade e ao tempo de resposta. Em ensaios clínicos obtiveram-se também resultados animadores no que diz respeito à aprendizagem simples e complexa, memorização de palavras e símbolos” (...) para além do” comportamento, as competências sociais e o estado emocional”, (Selikowitz, 2009, p. 205).

Os professores ou funcionários da escola são muitas vezes responsáveis pela toma da medicação. Esta deve ser rotineira, ocorrer num local discreto e sem que os outros alunos se apercebam. Os professores têm ainda a função de controlar os efeitos positivos ou negativos da medicação numa lista de verificação.

Em função das limitações da administração dos medicamentos e intervenções psicossociais isoladas, hoje em dia a grande maioria dos programas é “multimodal” e consiste numa intervenção combinada da farmacológica, comportamental e estratégias educativas na sala de aula, visto que, uma vez associadas reduzem para 50%, o uso do medicamento, pois a intervenção comportamental pode produzir os efeitos desejados.

8.2 Intervenção Terapêutica

Devido à complexidade da PHDA, não há um modelo único de tratamento, mas sim uma abordagem conjunta de diferentes perspectivas ou sintomas, que podem ser controlados, através de uma combinação de esforços. A ajuda adicional, que só um especialista pode dar, deve ser adaptada individualmente às necessidades da criança e a cada situação particular. Em qualquer dos casos, o técnico tem que envolver os pais na terapia.

Actualmente, existem várias estratégias de intervenção não farmacológicas (psicoterapia individual, modificação comportamental, treino parental, grupos de suporte e apoio familiar e estratégias educativas), que, quando implementadas, podem trazer bons resultados. São elas:

- Terapia do apego, que é um meio de expressar abertamente sentimentos de aversão e resolver conflitos de interacção familiar.

- A terapia familiar é indicada para crianças e pais. Aos pais é ensinado a disciplinar a criança impondo limites e estabelecendo regras e a forma como explicá-los convenientemente. A atenção dos progenitores não deve, no entanto, recair apenas na criança com PHDA, mas deve ser partilhada com todas as crianças, da família (Raymond, 2002, Lopes, 2003).

- Terapia do comportamento realizada através de exercícios que visam melhorar a organização temporal, resolução de problemas, socialização, aprender a controlar conscientemente as suas capacidades de atenção e resistência. As técnicas de

modificação comportamental compreendem medidas de reforço positivo de comportamentos correctos e medidas de minimização de interacções que podem prejudicar a auto-estima das crianças (Raymond, 2002).

- Terapia individual; embora não indicada para os sintomas principais de PHDA (Hiperactividade, impulsividade e défice de atenção), a terapia individual problemas de conduta pode aliviar sintomas secundários, tais como baixa auto-estima, comportamento desafiador e problemas de conduta (Raymond, 2002).

- Neurofeedback: representa uma nova abordagem no tratamento da PHDA e dificuldades de atenção. O paciente é ligado a sensores que medem a frequência das suas ondas cerebrais. Estes sinais são decodificados por um computador que apresenta sinais correspondentes às frequências de ondas predominantes (no início do tratamento, usualmente ondas lentas. Nos equipamentos mais modernos, os sinais cerebrais são apresentados sob a forma de um jogo de computador. Se as ondas estiverem lentas o paciente não conseguirá marcar pontos. Só ganha pontos quando as ondas cerebrais se forem rápidas. Com isto, por meio de um processo comportamental denominado, reforço condicionante, o paciente começa a identificar e a alterar voluntariamente a frequência de ondas cerebrais nas áreas ligadas ao controlo voluntário da atenção, planeamento e auto-controlo. Os pacientes para este tratamento são cuidadosamente seleccionados com normas significativas a longo prazo. Infelizmente, apenas algumas crianças têm acesso a esta opção, uma vez que requer cerca de 40 a 50 sessões muito dispendiosas (<http://www.add.org/articles/theroleofNeurofeedbackinthetreatmentofADHD>. Html).

Para Lino (2005), a psicoterapia mais eficaz é a cognitivo-comportamental. Esta conduz a uma mudança de afectos e comportamentos, através de uma reestruturação cognitiva, isto é, leva o indivíduo com PHDA a substituir crenças religiosas, pensamentos e comportamentos negativos e disfuncionais por outras formas menos depressivas e ansiosas de entender a realidade.

Segundo Malaca (2008, in <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/736>), a abordagem cognitiva comportamental conjuga as técnicas comportamentais com as técnicas de resolução de problemas, de auto-monitorização, o treino de auto instrução e a auto-regulação do comportamento.

Esta técnica visa estabelecer uma maior interiorização das normas, melhor planificação de tarefas e maior auto controlo, impulsionando o desenvolvimento de melhores relações nos diferentes contextos em que a criança se movimenta.

Esta mudança será mais eficaz, quanto maior for a capacidade dos intervenientes para motivar e se auto motivar para os novos comportamentos desejáveis.

Segundo Connors e Erhardt (1998), as intervenções cognitivo -comportamentais, os programas de treino de competências sociais e a psicoterapia individual com a criança, apesar de não serem tão eficazes como as intervenções comportamentais realizadas com os pais e professores, as quais apresentam suporte empírico, constituem um tratamento complementar e um importante auxílio no tratamento multimodal de PHDA.

8.3 Intervenção Familiar

A educação de pais e de crianças é um dos mais importantes princípios do tratamento da PHDA. Como já referimos, o tratamento da PHDA exige esforços conjugados entre os pais, a criança e a escola.

Os pais devem receber informações detalhadas sobre a PHDA, a etiologia, patologia, sintomas, impacto, diagnóstico, tratamento e intervenção. A criança e adolescente com PHDA também deverão receber tais informações proporcionalmente ao seu grau de interesse e entendimento; conhecendo a patologia poderão ter uma participação mais activa e determinante no processo de tratamento.

Neste contexto, a participação activa dos pais é primordial para que se produza a aprendizagem da criança na vida diária. Os pais devem essencialmente optar pelo reforço das condutas positivas e promoção da auto-estima da criança.

Ferguson e Asch, citados por Chaves (2001), referem a emergência em modificar quatro atitudes negativas no comportamento dos pais destas crianças:

- “- Isolamento da criança do mundo exterior;
- Simulação muitas vezes através do silêncio e da negação que nada está errado;
- Tentativas de descobrir formas de “resolver” as dificuldades ou minimizar as diferenças;
- Minimizar o impacto da excepionalidade longe da criança enquanto trabalham para assegurar que o seu filho tenha uma vida plena.”

Antes de mais, os pais têm o dever de aceitar e respeitar a criança como ela é sem com isso criar expectativas inadequadas. Os pais devem ouvir a criança e assegurar-lhe toda a atenção necessária, explicando-lhe a forma como poderão em

conjunto, ultrapassar o problema. Se a criança estiver a tomar medicação é importante saberem por intermédio dos pais explicarem que esta serve apenas para se sentir melhor. Seria útil os progenitores ajudarem-na a aumentar a auto-confiança; reforçarem a sua auto-estima e conhecerem os seus interesses para os utilizarem positivamente. O relacionamento entre os pais e filhos inerente através do respeito mútuo, cooperação e apreciação, por forma, a que o relacionamento seja mais harmonioso e amigável.

Os pais devem manter constantes os horários das tarefas diárias, de modo a que a criança se sinta mais segura e confiante.

Polis (2008,p.134), refere que a criança devia “aprender a controlar o seu comportamento, aprender a ajustar e a modificar a forma de agir” pelo que os pais nutrissem “amor pelo seu filho” deviam ajudá-lo nesta tarefa e mostrar-lhe “o caminho certo”.

Uma criança com PHDA, devido à sua agitação interior não consegue ordenar os estímulos e as percepções exteriores. Assim sendo as regras são de uma importância vital, senão mesmo indispensáveis para a sua sobrevivência. “Uma educação baseada em regras é como uma terapia, a sistematização do dia-a-dia, da percepção e da vivência em conjunto transmite segurança” assegura Verlag (1997).

Sauvé (2006) enuncia estratégias eficazes que os pais devem adoptar, como por exemplo procurar um meio ambiente calmo e estruturado com regras de comportamento simples, realistas e coerentes, delimitar os direitos e deveres, transmitir valores. Os pais devem, pois, funcionar como uma equipa e formular pedidos claros e curtos, utilizar vocabulário claro e perceptível, mandar executar uma tarefa de cada vez, delimitar o tempo e revelar quando necessário a sua satisfação.

A repreensão não contribui para a interiorização de regras pela criança, advertências, repreensões e castigos provocam insatisfação, significam stress, evocam e fortalecem o comportamento hiperactivo. Quando os pais reprimem verbalmente a criança devem ter a preocupação de criticar o comportamento em si e não a criança, ou seja, devem reafirmar o Amor que sentem por ela e criticar apenas o seu comportamento. Esta é a chamada técnica denominada por “sandwich” de August Curry.

Só o prazer e o sentimento de aceitação fazem com que a criança esteja receptível à interiorização (Verlag, 1997). Fazer crescer a auto-estima e a auto-confiança é a estratégia mais eficaz numa criança PHDA, ajudando-a a construir uma imagem positiva de si e elogiando-a.

A PHDA preconiza uma participação activa dos pais para que se produza a generalização da aprendizagem da criança na vida diária. Chaves (1999, p.54) considera,

resumidamente, que são determinantes as seguintes recomendações básicas:

“1- Prestar atenção à criança, ouvindo-a e falando-lhe com tranquilidade. Os pais devem explicar à criança o seu problema e quais os meios de o ultrapassar.

2- Se o comportamento da criança afecta a sua realização escolar, é imprescindível que os pais mantenham uma entrevista pessoal com o professor para uma troca de opiniões sobre o assunto e para planificar conjuntamente o apoio.

3- Os pais devem conhecer os interesses do filho e utilizá-los como elementos motivacionais para o ajudar a aprender, de modo mais eficaz, seguindo programas de aprendizagem associados. Um pai ou uma mãe podem dizer ao filho: “Quando acabares os trabalhos escolares podes ir brincar com a bola.”

4- Actuar sempre como modelo positivo.

5- Ajudar a criança a aumentar a confiança em si e a sua auto-estima.

6- Demonstrar carinho com beijos e carícias. A criança hiperactiva necessita de contacto físico e de afecto.

7- Aceitar a criança como ela é. Não criar expectativas inadequadas, acima das suas possibilidades.

8- Favorecer uma situação estruturada. Manter constantes os horário das refeições, banho e sono.

9- Comunicar à criança qualquer possível alteração da dinâmica familiar com suficiente antecipação para que seja fácil a sua adaptação.

10- Participar nas tarefas domésticas segundo as suas capacidades.

11- Comentar de modo tranquilo à criança as suas más actuações e fazer-lhe ver que é necessário sempre pensar antes de agir e que a pressa pode provocar acidentes.

12- Utilizar o castigo físico como meio corrector apenas quando é absolutamente necessário.

13- Elogiar a criança quando se comporta bem. Isso faz aumentar os comportamentos positivos.

14- Preocupar-se com a alimentação da criança e com uma dieta nutritiva adequada com suporte vitamínico suficiente.

15- Comentar os erros da criança e encontrar possíveis alternativas aos seus erros.

16- Não actuar com a criança permissivamente. A liberdade total

pressupõe uma maturidade que estas crianças não têm. Quando estão num ambiente sem normas definidas, sentem-se ansiosas e confusas. Estas crianças aprendem pouco quando os adultos estão pouco preocupados em motivá-los.

17- Recomendar aos pais que utilizem a sua autoridade de forma assertiva, o que implica saber dizer “não” quando a criança pede ou exige coisas pouco razoáveis.

18- Permitir um ambiente consistente. A consistência não significa rigidez mas coerência e firmeza nas atitudes dos pais.”

Para Forehand e Mac Mahon (1981) citados em Chaves (1999), os procedimentos de treino, a desenvolver com os pais das crianças que apresentam PHDA, exigem nove sessões com a duração média de uma hora e meia, a duas horas para grupos e uma hora meia para famílias individualmente.

Arruda (2008,p.111) apresenta um Programa de Modificação Comportamental para Pais com as seguintes etapas: estabelecer regras e limites (prémios e punições); estimular a organização; desenvolver o auto-controlo (treino de correspondência, resolução de problemas e auto-instrução); administrar o tempo e prevenir comportamentos de risco (incluindo acidentes em casa e comportamentos sexuais de risco, uso e abuso e dependência de substâncias).

Os autores Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C (2010, p.30) desenvolveram um Programa de Promoção de Competências Parentais – intitulado “Juntos no Desafio”, com os seguintes objectivos gerais:

Modificar comportamentos pouco adequados dos pais e que marcam as interacções familiares; promover a aquisição de competências que tornem as interacções mais adequadas; modificar as práticas parentais coercivas e hostis para controlar o comportamento dos seus filhos e adopção de normas inconsistentes face à conduta destes; fornecer informações sobre princípios que regulam o comportamento infantil e estratégias de observação dos comportamentos dos filhos; dar ordens eficazes, estabelecer limites e colocar em prática procedimentos que reforcem comportamentos desejáveis eliminando condutas problemáticas.

Este Programa é estruturado de 10 a 12 sessões (individuais ou em grupo com a duração de uma hora e meia). Cada sessão deverá ser implementada pelos pais durante o período de uma semana. É importante passar à sessão seguinte, somente quando a anterior já estiver implementada. Um mês após a conclusão do Programa, poder-se-ão realizar sessões de seguimento individual e proceder a uma nova reavaliação e controlo, entre 3 a 6 meses posteriores à sua conclusão.

Sauvé (2006,p.35) refere que, como resposta “a um esforço, um progresso, uma acção louvável, conceda-lhe um reforço positivo”. Mas quando ocorre uma acção com gravidade aponta para cinco possíveis cenários: retirar o seu filho do cenário que desencadeia o problema, oferecer a possibilidade de se envolver noutra actividade, repreender o seu filho num tom firme e retirar de privilégios por um tempo preciso, uma actividade ou um objecto, isolar num local apropriado (quarto). Para assegurar a eficácia do isolamento, deve ser especificado o motivo, as regras, o tempo previsto e no final a criança deverá resumir o que deverá alterar no seu comportamento.

Os pais devem utilizar como estratégia levar o seu filho a assumir a responsabilidade da ausência de êxito, certificando-se que vai conseguir fazer algo, até aqui impossível de concretizar. Poderá usar este êxito como forma de reforçar a atitude mental positiva, dizendo às crianças “Tu consegues!” (Polis, 2008,p. 47).

Os pais devem utilizar a autoridade de forma assertiva, o que pressupõe saber dizer não quando é necessário. Saber ser consistente é também uma das características a adoptar pelos pais. Segundo Barkley (2002), os pais devem socorrer-se da mesma estratégia para controlar o comportamento dos filhos. Ser consistente significa não abandonar muito cedo um programa de mudança de comportamento; responder sempre da mesma forma e agirem ambos em conformidade um com o outro, para que a criança não sinta insegurança pela parte dos pais. Acima de tudo, os pais devem evitar ser permissivos, pois a liberdade total pressupõe uma maturidade que estas crianças não têm. Quando as normas não são bem definidas estas crianças sentem-se ansiosas e confusas.

De referir ainda que, os pais podem aprender a controlar o stress e a frustração deles próprios através de técnicas de relaxamento, como a meditação orientada, que pode inclusivamente ser utilizada com os filhos, desta forma ambos não reagirão tão emotiva e impulsivamente em situações conflituosas. As técnicas de relaxamento ajudam-nos a gerir melhor as nossas emoções. Estas técnicas podem ser facilmente aprendidas com a ajuda de um profissional especializado.

Lourenço (2009) refere, os programas de Treino de pais têm como grande objectivo melhorar as relações entre pais e filhos e ensinar aos pais diferentes formas de lidarem com os problemas de comportamento dos seus filhos quer em casa quer em locais públicos, para além de os informarem sobre as temáticas relacionadas com a sua instabilidade comportamental.

Os Grupos de Suporte para pais têm como principal objectivo a inter-ajuda e o suporte mútuo entre os progenitores. Têm também um papel muito activo no contacto

com o público em geral, na disseminação de informação sobre a problemática, na defesa de direitos e providência de serviços (Cunningham, 2006).

Segundo Barkley (2002), os pais devem aprender a perdoar e a não ter ressentimentos em relação à criança. Isto ajuda-os a aceitar a criança tal como ela é e a compreender que os seus comportamentos não são propositados, mas sim manifestações da PHDA.

8.4 Intervenção Educativa

Em teoria, todas as crianças com PHDA podem receber uma educação apropriada sem a intervenção dos serviços da educação especial. Na prática pode acontecer que esta seja uma solução inevitável para alguns alunos. As decisões sobre a necessidade desta medida educativa devem ser tomadas caso a caso.

Para Cavado (2005, p.56), os apoios e os complementos educativos “são um conjunto de procedimentos que visam a igualdade de oportunidades de acesso e de sucesso. Para esse autor tais apoios e complementos tendiam não só a superar as dificuldades, mas também a descobrir talentos e a desenvolver potencialidades”.

Outro autor Selikowitz (2009,p.172), assegura que a criança poderia usufruir de um apoio individualizado” e/ou ser integrado em pequenos grupos de crianças com as mesmas dificuldades. Estas aulas podiam ser leccionadas na turma ou numa sala à parte.

O aluno poderá ter a necessidade da ajuda suplementar do professor de apoio e não precisar de beneficiar da ajuda do professor de educação especial.

Há uma série de passos para que a criança seja sujeita a um programa de Educação Especial:

- Problemas de rendimento escolar que não possam ser superados com outra modalidade de apoio educativo;
- Quando são evidentes os problemas, os pais e professores devem solicitar uma avaliação pelos serviços especializados de educação especial do agrupamento de escolas do aluno;
- A avaliação deve incidir sobre os efeitos no rendimento escolar e sobre as possibilidades de ajudar a criança com outra modalidade de apoio.

Os alunos com PHDA têm a possibilidade de ser elegíveis para a Educação Especial na categoria que diz respeito a: “outros problemas de saúde”, somente com base no facto de terem desordem de défice de atenção ou de satisfizerem o critério

aplicável a outras categorias, como “dificuldades de aprendizagem específicas” ou “perturbação emocional severa”(Parker, 2003,p. 60).

É fundamental que os pais colaborem com a equipa de profissionais da escola. Os professores de educação especial efectuem a avaliação compreensiva e preenchem a checklist na parte da actividade e participação. Na reunião da equipa multidisciplinar, avalia-se o desempenho e o comportamento do aluno na escola e identificam-se as necessidades educativas específicas. É tomada a decisão da equipa e é proposto um possível plano de acção. A equipa multidisciplinar deve determinar as estratégias e intervenções que serão implementadas para o atendimento do aluno.

Posteriormente, a equipa elabora um Programa Educativo Individual (PEI), com as medidas educativas a aplicar que respondam às necessidades educativas do aluno. O plano educativo individual de intervenção aborda as competências escolares, pessoais e sociais a desenvolver.

A equipa pode instruir o professor no sentido de implementar certas mudanças e adaptações na sala de aula, para apoiar o docente.

De acordo com Barbosa (2005, p.73), “a maioria dos alunos com PHDA (de 35% a 40%), precisam do apoio dos serviços de Educação Especial, na sala de aula regular, com ou sem um professor adicional”.

O sub - tipo mais frequente e que exige normalmente apoio da Educação Especial é o tipo misto.

8.4.1 Professor Titular de Turma vs Educação Especial

De acordo com Serrano (2005, p. 260), cabe ao “professor titular de turma o papel principal na gestão de todo o processo de ensino-aprendizagem da respectiva turma.” Porém, no que diz respeito ao atendimento aos alunos com NEE, o autor é da opinião de que “devido à complexidade das suas problemáticas, seria imperioso que contasse com a colaboração de outros recursos, nomeadamente, dos professores “de apoio e educação especial sob a forma de orientação, colaboração e cooperação”.

O papel do professor de educação especial tem vindo a ser, naturalmente, aceite pelos professores titulares de turma. É extremamente importante que o professor titular de turma estabeleça e desenvolva uma relação de mediação, colaboração, parceria e entreajuda com o professor de educação especial. Este tem a capacidade para sugerir um conjunto de estratégias a serem utilizadas pelo professor titular de turma e pelos pais da criança com N.E.E..

Para um melhor encaminhamento/acompanhamento da criança com PHDA é necessário que entre o professor titular de turma e o professor de educação especial haja uma articulação mútua, dado que só através desta harmonia de procedimentos é possível responder de forma mais adequada no apoio a estas crianças. A identificação e encaminhamento da criança com NEE devem ser articuladas com o docente do apoio educativo, professor da educação especial, terapeuta da fala, psicólogo, outros técnicos e especialistas envolvidos no processo. O contributo de todos os profissionais, técnicos e encarregados de educação é imprescindível para a realização de um diagnóstico, avaliação e numa futura intervenção no aluno.

Segundo Parker (2003, p.60), “os membros da equipa reúnem-se para avaliar o desempenho do aluno na escola e identificar as suas necessidades educativas específicas”. A equipa fará recomendações ao professor do ensino regular, do apoio educativo ou educação especial, a outros elementos da escola e aos encarregados de educação.

Normalmente é atribuído o papel de gestor do caso ao professor que é também um dos membros da equipa. Este tem a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento do aluno, de manter o registo das decisões da equipa, dos resultados da intervenção e dos procedimentos usados e ainda proceder a uma reavaliação periódica da situação.

8.4.2 Relação Pedagógica Professor / Aluno

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

Para Delors (1996), a sociedade dever ter a preocupação de preparar os cidadãos para a vida activa e para um mundo melhor ao nível do saber: “saber- estar”; “saber – fazer”, “saber – ser” e “saber – viver”.

Nesta perspectiva, o professor deveria ser uma figura de referência, um modelo seguro e credível, um mediador, conselheiro, um mentor e um orientador para os seus alunos. O professor é alicerce da vida académica do aluno. A relação professor/aluno é de vital importância para qualquer criança, marca o seu percurso escolar e académico para toda a vida. O bom professor cumpre a sua tarefa pedagógica, didáctica e humana. É aquele que se preocupa, acompanha, orienta o aluno em todo o seu percurso. A relação pedagógica professor/aluno é sem dúvida, um passo muito importante no

processo ensino/aprendizagem em direcção ao sucesso. Esta relação visa compreensão, afecto, tolerância, justiça, incentivo, respeito e dignidade no tratamento.

Portanto como assegura Sosin, David & Myra (1996, p.80) “o professor deve demonstrar esse comportamento modelo na forma como trata os alunos”. Prosseguem esses autores que “a sua ética e código de conduta devem estar explícitos para todos os alunos desde o primeiro dia”. O estabelecimento de uma relação positiva é para Parker (2003, p.57) essencial, tanto para facilitar a aprendizagem como para incentivar o desenvolvimento da auto-estima”.

A capacidade de diálogo com os alunos, a adequação da linguagem à faixa etária desses alunos, a transmissão de ideias e propostas de trabalho de um modo claro, simples e motivador é um dos grandes desafios da vida do professor.

O docente que comunica de forma assertiva, defende os seus princípios e expressa as suas ideias / desejos ao aluno de uma maneira directa e clara, proporciona orientação e estrutura de maneira que o aluno possa tomar decisões sólidas. Faz cumprir as regras de forma firme, mas compreensiva.

Cabe ao professor criar uma atmosfera de tolerância e alcançar uma boa plataforma de entendimento com o aluno, baseada na empatia, no respeito mútuo, na disponibilidade afectiva, na tolerância, na transmissão de regras e na capacidade de diálogo que fomentem um bom ambiente no âmbito da aprendizagem. Deve procurar estar atento às dificuldades dos alunos, respondendo a todas as suas solicitações e problemas. Através da partilha de valores, experiências e sentimentos, o professor poderá fortalecer o vínculo da relação. Deve saber escutar, ouvir, ser conselheiro, um fiel amigo e companheiro para todos os momentos.

É requerido ao professor que seja um facilitador de aprendizagens, mas para que isso aconteça o professor deve estar atento às características específicas dos seus alunos, nomeadamente daqueles que apresentam NEE e desenvolver estratégias adequadas a cada problemática, tendo em vista o sucesso no processo de ensino-aprendizagem.

Com base nos procedimentos da avaliação diagnóstica, o professor titular de turma deve identificar as áreas fortes e as áreas fracas destes alunos, também denominadas por “ilha de competências” de forma a procurar aquelas em que os alunos se possam destacar e assumir responsabilidades na vida da turma, uma vez que a hipótese de granjear aprovação pode ser significativa. Sendo o aluno um contributo válido para a turma é maior a probabilidade de desenvolver o sentido positivo de si (Parker, 2003).

O professor titular de turma pode administrar o desenvolvimento curricular sob a lógica da interacção entre as áreas fortes deste aluno “como um todo”, e os conteúdos programáticos, visando o seu desenvolvimento global com a consequente melhoria das áreas fracas. O professor deve ter ainda em atenção os conteúdos da planificação e da programação individualizada dos alunos NEE (Serrano, 2005, p. 261).

Segundo Fernandes (2007, p 50):

“para um relacionamento promissor entre o professor e o aluno, o docente deve trabalhar com a criança a um nível pessoal, demonstrando flexibilidade, disposição de tempo e energia. O conhecimento da problemática é essencial, devemos estar conscientes que o problema é de carácter fisiológico e biológico. Esta consciencialização permite-nos lidar com comportamentos indesejáveis de forma positiva.”

Através da criatividade, conhecimento e empenho, o professor deve estimular positivamente os seus alunos. Por intermédio dos conteúdos que transmite, do material que utiliza e pela atenção que dedica aos seus alunos... Tem de estruturar o ambiente de modo a motivar o comportamento desejado. Para tal, deve necessário utilizar diversas técnicas, estratégias, competências sociais e métodos de resolução de problemas.

Para melhor estruturar o seu discurso, o professor pode recorrer a alguns princípios organizadores – simplicidade (utilização de um vocabulário simples, directo, acessível e adequado à faixa etária do aluno), pertinência e comparação (ao abordar determinados assuntos deve fazê-lo em função dos conceitos que sabe o aluno já possuir e da sua experiência de vida), a escuta activa (centrar a atenção no discurso do aluno e na sua experiência de vida, mostrando interesses), a auto-revelação (caso o professor tenha vivido situações idênticas pode referir-se a elas), o *feedback*, o auto-controlo e a autenticidade são outros factores que condicionam a comunicação e que devem ser praticados.

8.4.3 Percepção/atitude do Professor

A percepção, do lat. *Perceptione* (segundo o Dicionário Priberan) para além de ser o acto ou efeito de perceber, significa ainda ter intuição de. Esta intuição é fundamental no docente que trabalha com a criança PHDA, mas isso só por si, é insuficiente.

Segundo Martins (2006), o professor necessita “da informação fornecida por especialistas competentes, que lhe permita, não só colaborar, como saber a forma mais

correcta de agir quando confrontado com crianças que apresentam comportamentos anómalos”.

A origem da palavra latina: “aplitudo”, a noção de atitude apresenta, à partida, uma analogia com a noção de aptidão, disposição para agir. Para Fonseca (1999), aparece como uma ideia ou tendência para responder perante determinadas situações, em linguagem comum, uma maneira de sentir, e no sentido figurado, uma conduta assumida em determinadas circunstâncias.

Para Nielsen (1999) “a interacção positiva entre alunos com e sem NEE depende da atitude do professor e da sua capacidade para promover um ambiente educativo positivo com recurso aprendizagem cooperativa “.

A atitude e o papel do professor passa pela procura de ambientes e práticas de aprendizagem inclusivos, que terá de interiorizar e operacionalizar, de alguns conceitos e estratégias inovadoras, tanto no património de conhecimentos, como no conjunto das próprias práticas de articulação entre os diferentes profissionais (Serrano, 2005).

O professor deve ter consciência simultânea da sua própria atitude e a reacção da criança”. Há professores com uma tendência natural para terem empatia com a criança com PHDA e conseguem trabalhar bem com estas crianças” (Selikowitz, 2009). A atitude do professor desempenha um aspecto vital na educação dos seus alunos.

Para ensinar eficazmente os seus alunos, o professor tem de conhecer a matéria que ensina. Além do mais, tem que desenvolver estratégias que lhe permitam transmitir os conhecimentos aos alunos. Igualmente, deverá também gerir a turma, promovendo um ambiente que envolva os alunos nas tarefas escolares e que iniba o aparecimento de comportamentos incompatíveis com o ensino-aprendizagem.

O tipo de actuação e atitude do professor na organização e apresentação das tarefas, no desenvolvimento das actividades do processo ensino aprendizagem e na adequação do processo de avaliação exerce uma influência decisiva na motivação e na qualidade do processo de apropriação dos saberes do aluno.

Ser professor de um aluno com PHDA implica ter calma, tempo, paciência, auto - controlo, tentar procurar um equilíbrio na forma como conduz as situações. As regras devem estar bem definidas, devem ser cumpridas de forma assertiva, com suficiente simpatia e compreensão.

O professor de um aluno com PHDA deve ser um comunicador assertivo, compreensivo e amigo, saber ouvir, mostrar-se sempre disponível para ajudar, criar um ambiente acolhedor, manter uma postura firme, motivar os alunos, adaptar os currículos à diversidade de alunos, impor autoridade mas sem ser autoritário. Compete aos

professores dar o seu melhor dentro da sala de aula, intervindo rapidamente com eficácia e eficiência como um “maestro” dos alunos.

Segundo Arens (1995, in Vieira, 2000,p.201), para uma gestão eficaz da sala de aula eficaz, o professor deve seguir dois princípios básicos: “exibir confiança e exercer influência”.

Lopes e Rutherford (2001,p.130) afirmam que os professores eficazes evidenciam os seguintes comportamentos: a “Testemunhação”, em que a acção do professor deverá induzir nos alunos a percepção de que ele é uma pessoa extremamente atenta, disponível, desde que as solicitações sejam relevantes para o prosseguimento da lição; o Scanning visual, em que o professor, através do olhar, evidencia a sua presença e está em cima dos acontecimentos e prevê o rumo dos mesmos, podendo antecipá-los evitando a sua instituição; as deslocações na sala de aula completam o Scanning visual, com a presença física do professor. Revelam um considerável poder dissuasor dos comportamentos; o Sistema de Sinais, que permite ao professor dirigir o fluxo de actividades na sala de aula, bem como chamar um aluno ou indicar uma acção. Este sistema é fundamental na relação professor / aluno. A Sobreposição, refere-se à necessidade do professor realizar várias tarefas ao mesmo tempo, e executá-las de forma eficaz (dirige e orienta diversas actividades em simultâneo na sala de aula). O professor, enquanto ensina, pode deslocar-se pela sala de aula, controlar visualmente os alunos e ainda dar indicações específicas aos alunos com maiores dificuldades. A sobreposição obriga o professor a estar atento às interrupções comportamentais e a desenvolver estratégias diversificadas em função de nível dos alunos. Este facto coloca as maiores pressões sobre a gestão da sala de aula. A continuidade do “sinal” e ritmo das lições, os melhores professores são harmoniosos e organizados na apresentação das matérias, “o currículo funciona como um sinal contínuo”, Lopes e Rutherford (2001,p.132); a variedade e desafio, o professor com maleabilidade consegue variar as tarefas em função do aluno, de forma, a empenhá-los nas tarefas escolares, o que inibe comportamentos que perturbem a aula. Para Lopes e Rutherford (2001,p.132) um dos maiores problemas que se colocam para o ensino ser eficaz é “o facto de que coexistirem na mesma turma alunos de níveis de aprendizagem e de níveis de preparação diferenciados”.

O estabelecimento de regras e procedimentos devem ser: exequíveis, credíveis, explícitas e explicadas no primeiro dia de aulas para permitir o seu conhecimento a todos os alunos. Uma vez estabelecidas deverão ser cumpridas e o professor deverá preocupar-se em fazê-las cumprir. Estas deverão abordar: os métodos de realização da

rotina diária e outras actividades, formas de entrada e saída da sala de aula, manutenção da actividade ou padrões de tráfego ou circulação dos alunos pela sala.

Para Vieira (2000,p.57), “a utilização de uma atitude assertiva na sala de aula trazia mais vantagens para a relação, uma vez que o professor” respondia “ao comportamento inadequado com firmeza e confiança”.

A adopção de uma atitude assertiva dá a possibilidade tanto aos professores como aos alunos de criticar de forma positiva e construtiva, permite que seja acolhida calmamente, no sentido do aluno progredir e melhorar.

O autor acima referido (2000,p.64) refere que,” é um dever profissional do professor elogiar os seus alunos, pois esta atitude ajuda a alimentar a auto-estima da pessoa reconhecida e reforçava a auto confiança”.

Nas relações interpessoais, os comportamentos disruptivos podem surgir a qualquer momento. O professor deve estar munido de uma série de estratégias que possibilitem lidar com estas situações de uma forma construtiva, tendo de ajustá-las no sentido de ganhar -ganhar. Deve recorrer à negociação, a fim de obter a adesão dos alunos e restaurar a ordem social.

O professor como prático reflexivo avalia as suas conquistas e a aprendizagem dos alunos. No entanto, não deve descurar a auto-avaliação, assim como a avaliação das intenções pedagógicas definidas.

Ser professor reflexivo significa ser um profissional que reflecte sobre o que é, o que realiza, o que sabe e ainda procura, encontrando-se permanentemente atento às situações e contextos em que interage.

A criança com PHDA testa os limites da paciência do professor, que em caso de frustração perante as dificuldades apresentadas pela criança, revele dificuldades em concretizar um programa de controlo do comportamento e implementação de estratégias/práticas na sala de aula, deve recorrer ao psicólogo da escola, e reunir com a equipa multidisciplinar com o intuito de se munir e desenvolver mecanismos mais eficazes e apropriados ao seu aluno.

8.4.4 Crianças PHDA e o ambiente escolar: as práticas/estratégias pedagógicas

É imprescindível que o professor conheça o historial da criança e as suas características particulares e possua conhecimento teórico sobre a PHDA e mormente no que respeita ao uso da medicação. Deste modo, a sua intervenção no sentido de facilitar

a aprendizagem do aluno, recorrendo a técnicas consideradas eficazes, deve ser orientado para a melhoria do ensino.

O docente deve ser capaz de identificar a problemática, definir estratégias, adequar as práticas pedagógicas, de forma a minimizar as adversidades sentidas por estes alunos na sala de aula. As estratégias devem ser definidas através da coordenação de esforços com uma equipa multidisciplinar. Só assim será possível a activação do desenvolvimento psicológico dessas crianças.

Na literatura actual, todos os autores referem estratégias/práticas a trabalhar com estes alunos na sala de aula sendo que as características e estrutura desta tendem a distrai-los.

No início do ano lectivo, o encarregado de educação deverá dar conhecimento da patologia do seu educando, das indicações a seguir pelo médico ou psicólogo que o acompanha e dar conhecimento do relatório médico do aluno.

É importante que os pais estabeleçam boas relações com os professores. Uma relação cordial e com conversas regulares com o encarregado de educação vai ajudá-los a perceber as responsabilidades que cabem ao professor e ao aluno, devendo também estar a par dos trabalhos escolares que vão sendo exigidos.

O encarregado de educação poderá solicitar ao professor que o seu educando fique numa mesa próxima deste ou do local onde passa a maior parte do tempo quando dá instruções aos alunos e sentá-lo perto de alunos mais calmos. Torna-se assim, mais fácil ao professor monitorizar o aluno, recompensá-lo ou “castigá-lo”. Uma rotina bem organizada e previsível numa sala de aula é útil (Barkley, 2002).

Todo o professor é um artista, quando é bem orientado certamente será capaz de estabelecer várias adaptações na sua aula para favorecer o desempenho destes alunos.

Na opinião de Du Paul & Stoner (1999, 129), as intervenções escolares “são essencialmente proactivas e reactivas”. Ainda de acordo com estes autores, as proactivas assentam na manipulação dos antecedentes comportamentais de forma a atenuar os comportamentos disruptivos da criança e apresentando, por isso, uma natureza preventiva. Assinalam, por exemplo, a afixação de regras de conduta claras e precisas, a colocação do aluno na fila frente ao professor, junto de um aluno com bom comportamento e rendimento escolar, e se possível eliminar eventuais distractores e ainda alterações simples na postura do professor (olhar directamente o aluno nos olhos quando comunica) e utilização de frases curtas, directas e de fácil compreensão.

Os autores Sosin David & Myra (1996, p.45) advogam ainda a atribuição de tarefas capazes de manter os alunos em movimento e que sejam simultaneamente

terapêuticas como “mensageiro, monitor de presenças, distribuidor de materiais ou qualquer outra tarefa simples como afiar um lápis ou guardar um livro”.

Também Barkley (2002,p.244) menciona várias estratégias/práticas na estrutura da aula e nos programas escolares: estimular e motivar o aluno, inovar nas aulas, mudar o estilo de apresentação dos conteúdos, utilizar materiais diversificados, intercalar actividades activas com passivas, realizar tarefas curtas e delimitar o tempo, canalizar as tarefas mais difíceis para o período da manhã e deixar as mais lúdicas para a tarde, dar instruções directas, utilizar o computador e combinar as aulas com breves momentos de exercícios físicos e/ou sugerir à criança uma corrida rápida.

Quando o professor sente que o aluno tem necessidade de libertar algumas energias deve autorizar a criança a sair alguns minutos da sala, de forma subtil, pedindo que leve um recado a outro professor que esteja na outra extremidade da escola (Polis, 2008).

Du Paul & Stoner (2007, p.129) afirmam ainda, que as intervenções reactivas “surtem em resposta aos comportamentos adequados e incorrectos e centram-se na gestão de contingências”. Com elas procura-se controlar o comportamento da criança a partir das consequências desse mesmo comportamento. Recorre-se às técnicas operativas através do sistema de economia de fichas, permutáveis pelas actividades da criança, aos contratos de contingência através dos quais recebe ou não recompensas em função das avaliações que os professores fazem do seu desempenho e que remetem para os progenitores (Garcia, 2001).

Segundo Reimers & Brunger (1999), estas técnicas têm revelado efeitos positivos em termos de aumento da atenção e melhoria do comportamento na sala de aula e são bem aceites pelos professores, devido à sua flexibilidade, simplicidade e facilidade de implementação”

Os Programas Escola/Casa são centrados na relação entre estes dois contextos.

A intervenção comportamental é geralmente implementada por técnicos especializados em contexto clínico, em instituições de saúde, cuidados de saúde primários e nas escolas.

Os alunos com PHDA podem vir a ter sucesso educativo e controlar o seu comportamento se houver um trabalho de uma equipa multidisciplinar com pais, professores, clínicos (médico e psicólogo) e técnicos de saúde.

9. PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NA PHDA

É de conhecimento geral, que os professores devem adaptar as práticas/estratégias de intervenção no contexto sala de aula às características das turmas e dos alunos.

As crianças com PHDA frequentemente têm dificuldades nas áreas das relações interpessoais, do comportamento, do desempenho escolar e, conseqüentemente, no sucesso académico. Promover o sucesso escolar exige uma variedade de estratégias comportamentais e de ensino, visando a prevenção e controlo dos problemas nessas áreas. Nesse sentido, é imprescindível que a intervenção se oriente para a facilitação da aprendizagem desses alunos com técnicas consideradas eficazes para melhorar o ensino, geralmente conhecidas como estratégias remediativas, uma vez que já se parte de problemas existentes. Caso as dificuldades não tenham atingido níveis de gravidade consideráveis, mas haja indicações de que para aí convergem, é igualmente relevante tomar medidas preventivas (Du Paul & Stoner, 2007).

Para que os alunos com PHDA aperfeiçoem ou remedeiem as suas competências escolares básicas, aprendam a ler, escrever, fazer cálculos matemáticos e a gerir a sua aprendizagem requerem, frequentemente, o recurso à instrução remediativa, apoios escolares suplementares, tutoria e acompanhamento psicológico. A frequência do desporto escolar ou de actividades desportivas e a frequência de clubes de música, de teatro, de artes, entre outras ajudam o aluno a libertar o seu excesso de energia e a promover a sua auto-estima.

Porém, mais do que fornecer-lhes tudo isto, paralelamente à leccionação normal na sala de aula, da parte de todos os professores e outros profissionais da escola há que introduzir estratégias diversas de prevenção e de intervenção, subordinadas aos seguintes princípios: a) promoção de ensino activo e contínuo de normas e regras, relativas a comportamentos apropriados; b) distinção e fixação de níveis e contingências a essas normas e regras, adaptando as expectativas do pessoal da escola a eles; c) modificação dos currículos escolares e das normas de avaliação, de maneira a ir ao encontro dos seus problemas e a evitar frustrações e desmotivações, com fito de melhorar os resultados e níveis de aprendizagem; d) monitorização e supervisão contínua da aprendizagem nas disciplinas básicas (leitura e escrita, matemática) ou noutras disciplinas curriculares; e) fomentar a independência dos alunos, ensinando-os a organizar as matérias escolares e a adoptar estratégias adequadas de estudo e de trabalho.

Neste tópico, apresentamos uma revisão das intervenções comportamentais, estratégias de ensino eficazes, de controlo comportamental e auto - controlo. Também constatamos a necessidade de apoio sistemático aos professores.

Neste contexto, o professor deve modificar a sua forma de explanar saberes, de modo a despertar a atenção da criança e facilitar o processo de ensino aprendizagem. Na medida do possível, deverá primar pela novidade e surpresa no que concerne aos materiais pedagógicos e às actividades. Estas deverão ser diversificadas, activas e sempre que possível significativas.

Os professores devem conceber os seus planos de aula, tendo em mente a motivação, captando atenção do aluno. Segundo Wolfe (2004, p.137), “as salas de aula que têm centros de interesse recheados de ideais para estimular mentes criativas e professores entusiastas que mantêm mentes ocupadas são indicadas para alunos com PHDA”.

No início da aula como motivação o professor pode usar experiências pessoais e interesses da criança para transmitir conceitos e conhecimentos. O cérebro dos alunos efectua uma conexão mais forte através da experiência concreta, uma aprendizagem significativa ou simbólica através de imagens.

Partindo desta plataforma, com o auxílio do computador e do quadro interactivo, é possível aumentar a motivação e atenção prestada à tarefa. Os materiais de aprendizagem que se apoiam no recurso a materiais informáticos são capazes de captar e de fixar o interesse do aluno com PHDA.

Como uma “imagem vale pelo menos dez mil palavras”, e os olhos contêm 70% dos receptores sensoriais do corpo e a capacidade para a memória a longo prazo de imagens parece quase ilimitada (Wolfe, 2004, p.145). A visão não só é uma poderosa ajuda na retenção de informação, como também serve para aumentar a compreensão.

A imagem com movimento e colorida, jogos lúdico-didáticos, gráficos coloridos, palavras cruzadas, quizzes, desafios, enigmas, contos infantis ilustrados, contos tradicionais, contos reflexivos, contos edificantes, fábulas ilustradas, histórias visuais, jogos de diferenças, sopa de letras, jogos de promoção cognitiva, jogos de memória, jogos de atenção/concentração, entre outros proporcionam uma aprendizagem interactiva e funcionam como íman para atrair atenção.

A investigação tem demonstrado que ao aumentar o grau de estimulação nas tarefas e ao implicar a novidade nos materiais e métodos utilizados melhora a capacidade de resposta da criança com PHDA.

Através do processo mnemónico de imagem de palavra-chave, no qual os alunos ligam o som da palavra a uma imagem de um substantivo concreto aumenta a retenção de vocabulário significativamente (Wolfe, 2004).

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

Para Gomes (et al, 2008), as TIC, através de programas adequados às necessidades individuais dos alunos, permitem colocar em prática o paradigma da aprendizagem centrada no aluno, uma vez que é possível adaptar meios, conteúdos e tarefas mais adequadas às diferenças e necessidades individuais dos alunos.

Assim Paul & Stoner (2007, p.163) assinalam que é recomendado, “o uso do computador pois pode melhorar os comportamentos relacionados com a realização de tarefas e a produtividade nos trabalhos dos alunos com PHDA”.

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

Em seguida, procuramos apresentar um conjunto de estratégias que facilitem a Monitorização Comportamental e Atitudinal na Sala de Aula e na Escola, especificamente desenvolvidas para alunos com PHDA, a ser levadas a cabo pelo professor em contexto de sala de aula, segundo diferentes autores.

Estas preciosas indicações são apresentadas ao docente no sentido de facilitar a aprendizagem e a gestão comportamental do aluno com PHDA. Estas podem ter directamente um efeito positivo na superação das dificuldades de aprendizagem do aluno, visto que, este passa a estar mais atento, mais motivado e empenhado, colaborando mais e consequentemente facilitando na resolução ou controlo de problemas.

Segundo Du Paul & Stoner (2007,p.156), vários estudos no âmbito da prática educativa indicam que estes comportamentos e atitudes, por parte dos professores são eficazes para a promoção de comportamentos adaptados em situações de sala de aula:

1. Lembrar as regras aos alunos e ensinar-lhas activamente, através de discussão e exemplos;
2. Manter com os alunos contacto visual;

3. Antes de iniciar uma actividade, lembrar-lhes os comportamentos esperados para a sua realização;
4. Circular, movimentando-se pela sala de aula, de modo a aconselhar e instruir os alunos, monitorizando o comportamento e oferecer *feedback* de modo não intrusivo;
5. Utilizar estímulos e sinais não - verbais para redireccionar o aluno enquanto ensina os outros alunos;
6. Dar instruções rápidas, curtas e bem direccionadas;
7. Certificar-se de que os alunos compreenderam o que se explicou e fizeram o que foi pedido, antes de passar para um outro assunto, o que deverá ser feito de modo breve e bem organizado;
8. Comunicar, com frequência e de maneira clara, a distribuição dos assuntos por tempos, indicando quando se espera que estejam acabados; ajudar a memorizar as regras, fazendo-lhes perguntas de vez em quando.
9. Implementar as rotinas diárias na sala de aula pode ser uma forma boa de prevenir e orientar o comportamento difícil.
10. Efectuar revisões semanais e mensais aumenta a fluência e autonomia promove a prática independente.
11. Utilizar actividades preferidas como uma recompensa (como por exemplo: actividades ao ar livre, no computador).

Para alunos com PHDA, é também, geralmente, importante atender às circunstâncias ambientais. Daí a proposta de os colocar em espaços onde não existam muitos estímulos irrelevantes para a tarefa, afastando-os de colegas que facilmente os distraiam, e num local da sala de aula onde os professores possam facilmente segui-los e orientá-los. “As crianças com PHDA dão o melhor de si quando trabalham numa atmosfera tranquila, recebem uma atenção individualizada e estão inseridas numa turma reduzida composta de só um ano de escolaridade” (Maia, 2008, p.15).

No que concerne, à gestão da sala de aula, Lourenço (2009), na sua investigação, sobre esta temática, elencou cinco factores que considera cruciais, estratégias/práticas para o desenvolvimento e manutenção dos níveis de motivação e aprendizagem dos alunos com PHDA. As estratégias pressupostas pelo autor são as seguintes:

PROVIDENCIAR UM AMBIENTE DE APRENDIZAGEM ESTRUTURADO

- Organizar o horário e as rotinas da sala de aula em função das capacidades do aluno, mais do que em função do horário escolar imposto.
- Planear as transições entre actividades de forma que a criança com PHDA não se desorganize durante as mesmas.
- Providenciar situações adequadas de forma que a criança possa terminar uma tarefa antes de iniciar outra.
- Destinar tarefas que tenham alta probabilidade de serem completadas dentro do tempo lectivo.
- Comunicar as expectativas ao aluno sobre o uso do tempo para a realização de uma tarefa.
- Estabelecer, com o aluno, os objectivos e expectativas antes de iniciar as tarefas (comportamentos esperados e críticos) e nunca durante as mesmas.
- Reforçar de forma positiva e sistemática a criança, evitando apontar erros ou falhas.
- Monitorizar a realização das tarefas, dando à criança pistas para as terminar.

Relativamente ao ambiente de aprendizagem estruturado, Costa, P., Heleno, S., & Pinhal, C.(2010,p. 102) referem:

- No horário da turma e/ou do aluno as disciplinas de conteúdos programáticos: Matemática e a Língua Portuguesa para o início da manhã, intercalando esses conteúdos com actividades de carácter mais lúdico e manual;
- Estimular de forma gradual a autonomia da criança e a sua capacidade para realizar tarefas ao nível da sala de aula. Para isso, a criança deverá ser incentivada a planificar as suas tarefas, quer ao nível do material a usar, quer ao nível do tempo necessário para a sua conclusão. A criança deverá fazer, posteriormente, a sua auto-reflexão.

Em relação ao ambiente de aprendizagem estruturado, Arruda (2009,p.131), por sua vez, acrescenta:

- Colocar em cima da mesa apenas o material necessário.

- Utilizar uma agenda para ajudar o aluno a organizar-se (anotar os trabalhos de casa, recados, etc.).
- Confirmar que o aluno escutou e entendeu as explicações e instruções.
- Escrever no quadro apenas as informações necessárias para o tema em estudo.
- Programar pausas e outras recompensas para atitudes adequadas, como se portar bem e permanecer atento à aula (recompensas em curto prazo de tempo).
- Antes de iniciar uma matéria, utilize alguns minutos para recordar a matéria anterior. Dessa forma, criará elos de ligação entre os assuntos, o que favorecerá a atenção e fixação das informações na memória.
- Colocar um pequeno símbolo, algo como uma estrela, ao longo dos trabalhos da turma para que o professor monitorize onde o aluno se encontra nas actividades. Peça para ele o avisar quando chega às estrelas, pois isso exercerá um reforço positivo ao seu desempenho.
- No livro, caderno e fichas encubra outros exercícios com uma folha para que este aluno se ocupe de um exercício de cada vez.
- Após uma pergunta o professor deve dar tempo extra para a reflexão.
- Fraccionar a oferta da informação.
- Dividir fichas de trabalho longas em segmentos curtos.
- Evitar que o aluno termine em casa, o trabalho que não conseguiu terminar na aula.

Relativamente, ao ambiente de aprendizagem estruturado, Rief (1999) refere:

- Construir listas de verificação para que o aluno se organize;
- Estabelecer na turma um ambiente mais cooperativo e menos competitivo;
- Utilizar ao máximo estratégias de aprendizagem cooperativa;
- Dar para trabalho individual aos alunos, o tipo de tarefa que sabemos que eles são capazes de o completar;
- Utilizar um relógio despertador para ou cronómetro pode incentivá-los a despacharem-se no trabalho.
- Permitir que os alunos falem e não se limitem a ouvir, reduzindo ao máximo possível o tempo que o professor passa a falar.

REGRAS E CONSEQUÊNCIAS NA SALA DE AULA

Lourenço (2009) menciona que o professor deve:

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

- Pensar sempre em regras de comportamento positivo - evitar o “não fazer...” e encontrar comportamentos alternativos que sejam incompatíveis com aqueles que deseja ver diminuídos.
- Estabelecer as regras numa linguagem simples e clara, adequar o número de regras ao nível etário das crianças (se as crianças não sabem ler, então utilizar desenhos ou ilustrações adequadas).
- Colocar as regras num local visível e implicar as crianças na sua ilustração e/ou escrita.

No que diz respeito às regras e consequências na sala de aula Arruda (2009, p.131), propõe os seguintes procedimentos:

- Organizar grupos de trabalho com o número máximo de três elementos.
- Designar este aluno como “ajudante” do professor, ex: distribuir o leite escolar, apagar o quadro, distribuir livros e caixas de material escolar, arrumar os cadernos, abrir e fechar a porta da sala, antes e depois do recreio, etc.

Para as regras e consequências na sala de aula, Fernandes (2007, p.54), sugere os seguintes procedimentos:

- Premiar o bom comportamento ou o facto de ter completado uma tarefa com uma actividade que lhe permita a desconstracção de movimentos, com uma ida breve ao recreio (supervisionada pelo auxiliar da acção educativa) ou fazer um recado.
- Efectuar exercícios de relaxamento, respiração e auto controlo, são também recomendados, não só para as crianças com PHDA, mas para a turma em geral.

Du Paul & Stoner (2007,p.133) reportam as orientações para às regras e consequências na sala de aula:

- Ensino de regras e expectativas para a sala de aula como prevenção (utilizar sugestões, lembretes, listas, cartazes);
- Instruções dadas pelos colegas (um bom aluno como companheiro do lado oferecendo auxílio, instruções e/ ou *feedback*.)
- Rodear o aluno de bons “modelos”.

Relativamente, às regras e consequências na sala de aula, Rief (1999) refere:

- Antecipar e prevenir os problemas, sempre que possível.
- Evitar uma linguagem de confronto.
- Estabelecer alternativas para comportamentos inadequados.
- Ignorar comportamentos. Alguns comportamentos perderão o impacto se forem ignorados.
- Verificar os níveis de tolerância e ser compreensivo perante sinais de frustração.
- Falar em privado com o aluno acerca dos seus comportamentos inapropriados.
- Reagir com humor em momentos de tensão para a aliviar.

Relativamente, às regras e consequências na sala de aula, P & Heleno, S. & Pinhal, C.(2010,p.102) assinalam as seguintes:

Elaborar um Registo Diário do Comportamento na Escola por parte dos professores, tendo em vista, à co-responsabilização da criança no cumprimento de regras no contexto escolar (sala de aula, e restantes ambientes, refeitório, recreio, entre outros). Envolver o professor e os restantes agentes educativos, que se disponibilizem a colaborar neste processo.

Segundo vários autores, é extremamente importante criar formas de informação partilhada entre pais e a escola e trabalhar com os progenitores em equipa.

Os professores devem manter um contacto regular e uma comunicação activa com os pais, pois são eles que melhor conhecem a criança. O professor pode recorrer ao uso da caderneta do aluno, e-mail, caderno diário, telefone, grelhas de registo / monitorização do comportamento. Para assuntos mais confidenciais, deve marcar-se uma reunião.

Selikowitz (2009,p.181) é quem melhor descreve os objectivos da manutenção de uma relação regular entre os docentes e os progenitores da criança com PHDA, “o objectivo da comunicação pais/professores é garantir que todos estão a par dos progressos da criança e dos passos que estão a ser dados no sentido de a apoiar no contexto escolar e familiar. É ainda uma oportunidade para os professores conversarem sobre estratégias de apoio ao trabalho em casa. Podem incentivar os pais a ajudar a criança a estudar e corrigir os deveres (...) sugerir estratégias de apoio (...) verificar se os livros estão na mochila e se as dificuldades específicas com os trabalhos de casa são levadas ao professor”.

APRESENTAÇÃO DAS TAREFAS

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

- Contacto visual directo com a criança (olhe-a sempre nos olhos) – estabelecer sempre o contacto ocular com o aluno é a melhor forma de obter a sua atenção.
- Utilizar a instrução verbal em combinação efectiva com suporte visual (dê significado à informação). Usar a memória visual para ajudar a codificação da memória verbal com o uso de imagens, PowerPoint, filmes, vídeos, documentários, etc.
- Instruir a criança tendo em conta a experiência anterior sobre o assunto ou tarefa e o professor deve certificar-se de que a criança compreendeu o seu pedido.
- Utilizar meios dinâmicos e estimulantes para apresentar as tarefas às crianças, como experimentar uma brincadeira, uma teatralização, contar uma história, apresentar objectos mistério ou relevantes, entre outros.

Em relação, à apresentação de tarefas, Arruda (2009,p.133), por sua vez, acrescenta:

- Em caso de dificuldades a nível da memória visual, deve utilizar-se os recursos verbais. Por exemplo, incentivando-o o aluno a gravar as aulas para as recordar em casa.
- Alguns alunos com PHDA só conseguem consolidar as informações com o recurso a repetição. Identificando este aluno, o docente deve repetir a informação para

ele sempre que tiver oportunidade. Outros alunos têm dificuldade para recuperar uma informação apreendida e armazenada na sua memória a longo prazo. Nesta situação, forneça pistas ao aluno para que ele se esforce a encontrar a resposta. Por exemplo, diga a primeira letra ou a categoria da resposta ou lhe dê as possíveis alternativas.

Relativamente, à apresentação de tarefas, Rief (1999) menciona:

- A repetição em coro, com poucas palavras, evidenciando as palavras - chave dos conceitos estudados.
- Estabelecer e organizar tarefas de forma rotineira. As tarefas complexas ou longas devem ser divididas em pequenas tarefas.
- O aluno deve ser ajudado a distribuir o tempo pela tarefa, estabelecendo uma ordem de prioridades.
- Espaçar pequenos períodos de trabalho com paragens e mudanças de tarefa.
- A criança pode necessitar da ajuda do adulto para organizar o seu pensamento (relatar uma sequência da sua vida).
- Usar o computador, sempre que possível, para desenvolver determinadas competências. O computador pode ser uma ferramenta muito apelativa.
- Fazer a apresentação das matérias de uma forma viva e a um ritmo ligeiro, evitando momentos mortos na aula.
- 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 e/ou apresentar a matéria.

No que diz respeito à apresentação de tarefas Fernandes (2007,p. 54) propõe os seguintes procedimentos:

- Dar instruções verbais e/ou escritas, directas e curtas, claras e objectivas (nas instruções escritas o professor deve sublinhar a informação mais importante).
- Tolerar que, entre a realização de tarefas, o aluno efectue actividades motoras ou verbais.
- Quando o aluno demonstra um excesso de impaciência, com atitudes autoritárias e/ou agressivas, devemos pedir-lhe que leia um pequeno texto em voz alta, que conte de dez em dez, de três em três, ou seja, incidir sobre a vocalização.

MODIFICAÇÕES NA SALA DE AULA

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

- A implementação um sistema de aprendizagem em pares (tutorial), colocando a criança com PHDA, ao lado de outra, que seja calma, pouco influenciável, disponível e com competências para a ajudar de forma positiva ou que seja um “amigo de estudo”.
- A organização das secretárias em pequenos grupos, em círculo ou por áreas de tarefa, de forma a que o professor possa visualizar melhor todos os alunos e lhe permita uma melhor comunicação: professor/aluno e aluno/aluno.
- A colocação da criança com PHDA num local de fácil acesso, no qual ela possa movimentar-se sem criar situações imediatamente disruptivas. Não a sentar em locais com demasiados estímulos distractores, e em locais por onde passam com frequência os colegas.
- Organização dos materiais de forma a estarem acessíveis, mas também de forma a não constituírem fonte de distração (guardados em armários, caixas, etc.).
- A decoração da sala deve ter em conta que muita informação acessível pode ser fonte de distração para a criança com PHDA. Utilizar apenas materiais que sejam indispensáveis e apelativos enquadrados no contexto de aprendizagem.

Du Paul & Stoner (2007,p.155) referem orientações a nível da estrutura da sala de aula:

- Colocar o aluno numa secretária próxima do professor.
- Apoio sistemático do professor ao aluno.

Rief (1999) menciona orientações a nível da estrutura da sala de aula:

- Manter a sala de aula “em cantinhos” onde a criança possa realizar uma actividade manual ou artística (ex. cantinho da leitura, cantinho das expressões);

Ao nível das modificações pedagógicas, ou seja, todas as alterações ou adaptações nas actividades pedagógicas e curriculares que o professor implementa para potencializar a aprendizagem temos como exemplos:

A ADEQUAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

Alguns investigadores consideram necessário, na componente da avaliação dos alunos, um conjunto de adaptações curriculares, que diz respeito à avaliação dos produtos do aluno, dos conhecimentos e das competências adquiridos, tendo por base os vários aspectos associados à forma como a avaliação é efectuada.

Du Paul & Stoner (2007,p.164) quanto à adequação dos procedimentos de avaliação sugere modificação “da tarefa e diminuir o seu grau de dificuldade mantendo o currículo normal”.

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

- Permitir instrumentos de avaliação alternativos (apresentação oral, avaliação oral, trabalho individual, trabalho escrito, elaboração de um PowerPoint e apresentação do mesmo à turma, etc.);
- Dar mais tempo ao aluno e proporcionar um ambiente calmo e longe de distractores.
- Ler o texto e as questões da ficha/teste ao aluno.
- Permitir a utilização de ajudas durante a realização da ficha/ teste (calculadoras, tabelas matemáticas, computadores, gravações, dicionários, prontuários, consulta de livros, etc.).

As perguntas de um teste/ficha também deverão ter algumas adaptações como: evitar perguntas encadeadas, cuja resposta depende de uma anterior; evitar perguntas com excessiva informação contextual; nas perguntas de escolha múltipla ter muito cuidado com a forma como são dadas as alternativas (não existirem alternativas com pequenas nuances). Quando existem perguntas de escolha múltipla, o professor deve acautelar que a impulsividade pode provocar erros. As questões apresentadas devem ser simples, objectivas e devem ter as palavras-chave sublinhadas.

- Durante a realização de testes tentar perceber se a criança está a ler as perguntas até ao fim e de forma correcta.
- Evitar testes fotocopiados frente e verso e, se assim for, chame a atenção da criança para o facto.
- Utilizar cópias a preto e branco;
- Utilizar os testes como guia de estudo.

No que diz respeito, à adequação dos procedimentos de avaliação, Arruda (2008,p.138) acrescenta:

- Informar previamente as datas de avaliação.
- Dar ajuda adicional na preparação para a ficha/teste.
- Dar testes/fichas com letras em tamanho grande (tamanho16).
- Realizar fichas/testes com menos conteúdo.
- Dar *feedback* ao aluno individualmente durante a realização da ficha/teste.
- Espaçar as questões nas folhas de avaliação para que enquanto o aluno responde uma, não se distraia com outra questão.
- Na correcção da expressão escrita, dar prioridade ao conteúdo. Corrigir a forma oportunamente. Avaliar mais a qualidade do que quantidade de trabalho.
- Dosear os trabalhos de casa de forma a não acentuar as dificuldades de gestão comportamental em casa.

Relativamente à adequação dos procedimentos de avaliação, Rief (1999) enfatiza as seguintes:

- Estabelecer, de comum acordo, expectativas realistas quanto aos resultados a alcançar.
- Aceitar respostas com palavras – chave.
- Reduzir a quantidade e extensão do trabalho e dos testes/fichas.

Maia (2008, p.21) declara por sua vez que "o problema da criança com PHDA não estava na capacidade intelectual, mas no seu rendimento, dada a frequência dos problemas de aprendizagem associados". Todavia, acrescenta ainda o mesmo autor "podem ser necessárias algumas adaptações no seu sistema de avaliação/condições especiais de avaliação".

No início e ao longo do ano lectivo, o Conselho de Turma deverá delinear as estratégias de intervenção e os procedimentos de avaliação a utilizar com o aluno no contexto educativo que contemplará no Projecto Curricular de Turma. Estas estratégias poderão ser: tutoria, acompanhamento psicológico, terapia da fala, apoio pedagógico acrescido, adequações ao nível da organização e gestão da sala de aula, e caso seja necessário, a elaboração de um plano de recuperação (se o aluno apresenta dificuldades nas disciplinas que podem comprometer o sucesso escolar) elaborado, de acordo com o Despacho Normativo nº 50/2001. Estas estratégias poderão ou não promover o sucesso educativo do aluno.

Na eventualidade de, não serem suficientes para a promoção do sucesso escolar do aluno, o Conselho de Turma deverá propor a inclusão do aluno no Decreto-Lei nº3/2008, de modo a que possa beneficiar de medidas educativas adequadas ao seu perfil educativo, uma vez que as suas necessidades educativas especiais enquadram-se num quadro permanente, que justifica uma intervenção mais especializada.

Quando um aluno apresenta NEE de carácter permanente, o Decreto-Lei nº 3/2008, menciona a obrigatoriedade da elaboração de um programa educativo individual (PEI). Este programa deve reflectir as áreas fracas e fortes do aluno, a avaliação compreensiva do professor de educação especial e da equipa multidisciplinar, os relatórios médicos, para além das medidas educativas propostas para o aluno e outras informações pertinentes.

O PEI menciona sempre as medidas educativas e as estratégias a implementar que poderão ser as seguintes: a) - apoio pedagógico personalizado (ao nível das estratégias utilizadas no grupo ou turma, ao nível do espaço, da organização e das actividades); b)- apoio prestado pelo professor de educação especial (desenvolvimento de um programa de promoção da atenção e concentração, da reflexividade, da promoção cognitiva, da categorização e abstracção);c) - apoio pedagógico acrescido prestado por docentes de determinadas disciplinas, em contexto da sala de estudo e/ou de apoio individualizado ou pequeno grupo (normalmente a Língua Portuguesa, Matemática, Ciências e Língua Estrangeira), com vista ao reforço e desenvolvimento de competências específicas; apoio prestado pelos professores da turma ou de diferentes disciplinas em contexto de sala de aula regular (as estratégias a implementar deverão ser muito diversificadas e devem facilitar a aprendizagem em todas as disciplinas frequentadas pelo aluno); e) - adequações curriculares individuais, nas disciplinas que o justifiquem, havendo a introdução de objectivos e conteúdos intermédios; f) - adequações no processo de avaliação (tipo de prova, instrumentos de avaliação e/ ou de certificação, formas e meios de comunicação, periodicidade, local e duração da avaliação e turma reduzida); g) - tecnologias de apoio (manuais, livros, materiais impressos, hardware e softwares didácticos adequados ao perfil educativo do aluno e às competências a desenvolver).

O Decreto-lei nº 3/2008 remete a responsabilidade da coordenação do PEI para os docentes Titulares de Turma do 1º Ciclo do Ensino Básico e para os Directores de Turma do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Secundário.

Procurámos anteriormente explanar os contributos de vários autores, relativas à necessidade dos professores adoptarem diferentes metodologias, estratégias/ práticas educativas, materiais e formas de organização da sala de aula, no sentido de garantirem

uma gestão de aula mais adequada e motivadora dos processos de ensino aprendizagem de alunos com PHDA.

ADAPTE MATERIAIS DE APOIO AO ESTUDO

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

Os materiais de apoio ao estudo devem conter informação sintetizada e organizada, de forma precisa e clara, com linguagem adequada à faixa etária do aluno e/ou linguagem simples tendo em conta as suas competências linguísticas, para facilitar o estudo da criança com PHDA. Lembre-se que estas crianças têm muita dificuldade em organizar as suas leituras e em retirar informação pertinente de textos.

Nas fichas utilizadas no dia-a-dia dever-se colocar apenas a informação nuclear salientando a mais importante: utilizar ilustrações, questões orientadas, guias de estudo, resumos, mapas conceptuais, esquemas, mnemónicas, lembretes, listagens, sublinhar palavras - chave e as partes mais relevantes da matéria com canetas coloridas e recurso a notas deixadas em locais estratégicos.

Relativamente, à adaptação de materiais de apoio ao estudo, Arruda (2008,p.138) refere que o professor deve:

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

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

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

ESTRATÉGIAS ADICIONAIS PARA AUXILIAR AS TAREFAS DIÁRIAS EM CASA

Fazer os trabalhos de casa é uma das responsabilidades mais difíceis de incutir aos alunos com PHDA. Esquecem-se com muita frequência dos trabalhos de casa bem como dos prazos de entrega. O aluno deve ter uma agenda, onde aponte diariamente os trabalhos de casa, quando os termina deve riscá-los e os pais recompensá-lo por ter feito a tarefa a tempo e horas, transformando-a numa actividade divertida (Polis, 2008).

Neste sentido, Lourenço (2009) sugere orientações para os progenitores poderem auxiliar as tarefas diárias em casa de forma mais adequada:

1. Ouvir e respeitar a opinião da criança em relação ao local e o horário preferido para a realização das tarefas escolares e para o estudo; se o local inicialmente escolhido for inadequado, incentivar gradualmente mudanças na direcção desejada.

2. Alternar estudo e tarefas escolares com outras actividades, como assistir televisão e brincar.

3. Respeitar limites de tempo de concentração da criança, não exigindo além do que esta pode realizar.

4. Auxiliar no planeamento de tarefas que exigem maior tempo de concentração (exemplo: dividir um livro em capítulos, lendo um ou dois de cada vez).

5. Planear a realização de tarefas escolares de forma a não coincidir com actividades de lazer para a criança (exemplo: fazer tarefa em horário diferente do programa favorito de televisão).

6. Treinar sempre, repetidamente, dia após dia, a criança com PHDA, de modo a que possa reavaliar e a mudar o seu plano inicial, é uma das tarefas mais importantes que os pais podem fazer.

7. Reforçar a criança a cada passo do planeamento executado com sucesso; aumentar gradualmente o nível de desempenho exigido para a liberação do reforço.

Relativamente aos trabalhos de casa, Polis (2008,p.144) aconselha:

- O uso do computador pois facilita o processo de aprendizagem e pode funcionar como um estímulo ou recompensa pela realização dos trabalhos de casa.
- A internet consegue captar a atenção da criança porque permite a apreensão de informação diversificada.
- Diversidade de jogos pedagógicos que proporcionam estímulos visuais e diversos níveis de dificuldade.

A criança deve estar num local fixo e isolado e trabalhar sob vigilância e sem distrações de forma a ter um bom nível de concentração. Para além do auxílio dos progenitores ao seu educando no espaço de estudo, na organização das tarefas, na gestão do tempo, através de um plano diário, dos seus materiais escolares, também deverão explicar-lhe como organizar e apresentar o seu caderno diário e a mochila escolar de acordo com o seu horário. Além do mais, devem supervisionar a criança, ajuda-la a resolver tarefas e elogiar o trabalho conseguido.

Quanto ao caderno diário, Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C. (2010, p.97) referem alguns princípios básicos:

Apresentação		Registo de Apontamentos/Trabalhos de casa
Caligrafia cuidada e sem erros ortográficos	⇒	Começar por indicar a data e o sumário de cada aula
Respeitar as margens das folhas	⇒	Dar atenção ao conteúdo do sumário – este resume os aspectos mais importantes a serem abordados na aula (sublinhar ou salientar o sumário com marcador ou caneta de cor.
Não riscar o caderno	⇒	Usar canetas de cor diferentes para assuntos diferentes
Manter as folhas do caderno inteiras	⇒	O assunto/tema que ocupou mais aulas ou sumários é aquele a que o seu filho deve dedicar mais tempo de estudo.
Deixar sempre espaço entre assuntos diferentes	⇒	Dedicar um espaço específico em cada folha para registar: palavras – chave/conceitos básicos, página do manual, registo do TPC.

Figura 2 - Organização do caderno diário (Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C., 2010, p.97)

A família pode e deve desempenhar um papel relevante no acompanhamento do seu educando, a fim de esclarecer a importância da escola e dos estudos, despertando o interesse e tornando o estudo uma meta da criança. Contudo, o mais importante não é pedir resultados, mas sim um bom desempenho.

10. MODIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL

Lopes e Rutherford (2001) consideram eficaz o ensino assente em investigação realizada em três áreas distintas mas, que mas que se complementam:

a) Investigação sobre as características dos professores

Nesta área tem-se procurado definir características como, por exemplo, a inteligência, experiência, traços de personalidade, crenças, expectativas como preditores da eficácia do professor.

b) Investigação sobre os métodos de ensino

Esta área de estudos relaciona-se não com as características dos professores, mas com os conteúdos e objectivos dos cursos, materiais, os espaços, etc. A investigação sobre os “métodos de ensino” tem um carácter francamente experimental, sendo conduzida em contextos aplicados, procurando comparar-se, por exemplo, com os métodos diferentes de ensino de leitura, observando-se posteriormente os efeitos de cada um deles nas realizações e atitudes dos alunos.

c) Investigação sobre o comportamento dos professores

Neste particular a investigação é muitas vezes assimilada à investigação da eficácia do professor ou mesmo tomada como sinónimo desta (Lopes & Rutherford, 2001,p.109).

Como linhas de orientação, estes autores aconselham o professor a proceder do seguinte modo:

1º- A definir os comportamentos que na verdade quer que os alunos assumam.

2º- A estabelecer claramente para si mesmo quanto “poder” está disposto a pôr nas mãos da turma.

3º- A estabelecer clara e publicamente aos alunos as expectativas que tem acerca deles.

Como professores muitas vezes nos questionámos acerca do porquê de determinados comportamentos. Nesta perspectiva precisamos de estar cientes de que têm sempre algo por detrás. Daí a importância da nossa intervenção pedagógica que não serve apenas para “informar” mas também para “formar” os nossos alunos.

E porque achamos que as modificações de comportamento requerem formas estruturadas e sequenciais, referiremos um esquema dos passos de um programa de modificação de comportamento proposto por Lopes e Rutherford (2001, p.125):

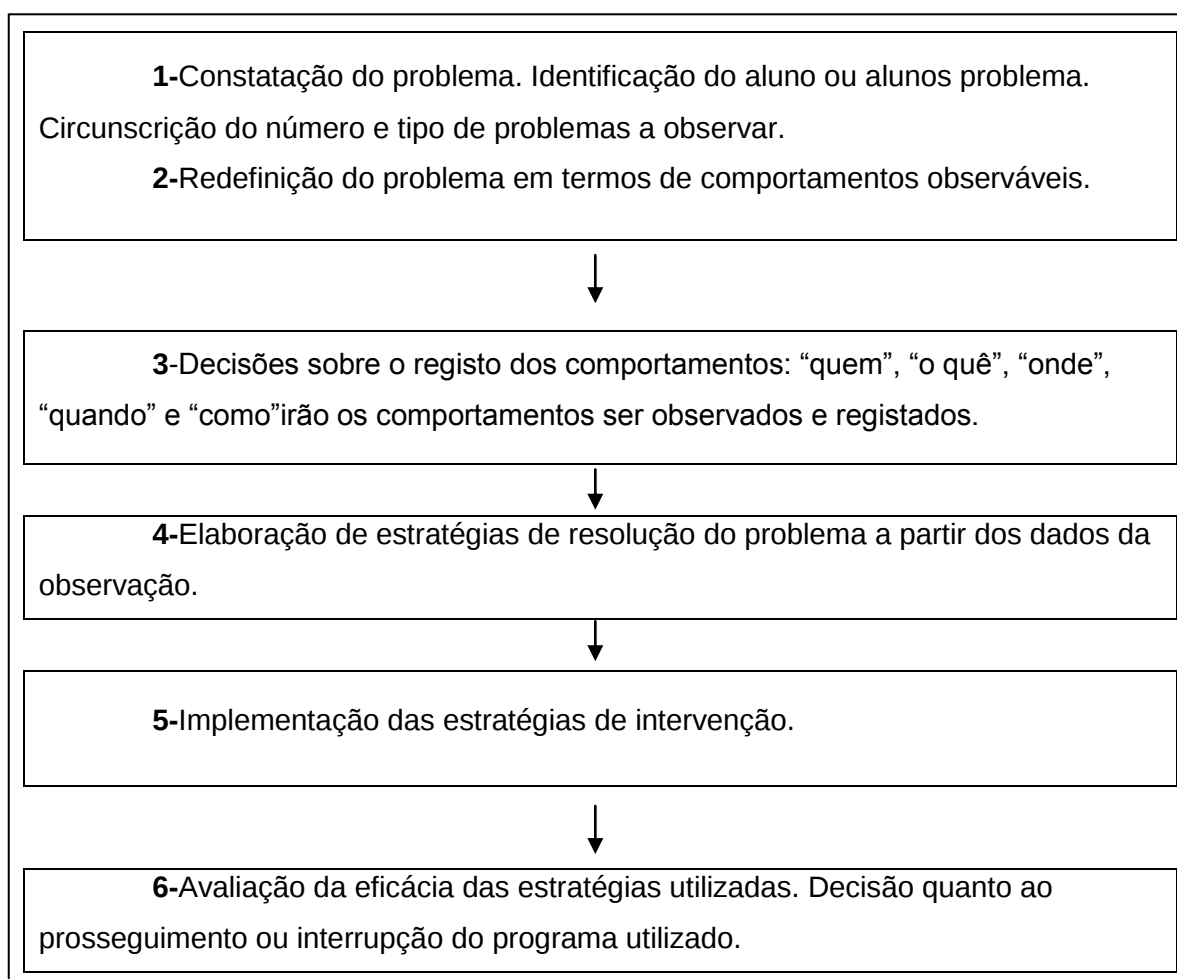


Figura 3 - Passos de modificação comportamental segundo Lopes e Rutherford (2010, p. 125)

Esta técnica é designada como Técnica baseada no Condicionamento Operante e tem por base a ideia de que o nosso comportamento depende das consequências que acompanham as nossas acções. Neste modelo as consequências positivas têm tendência a produzir novos comportamentos e a mantê-los, enquanto as consequências negativas têm tendência a diminuir o comportamento disruptivo e a fazê-lo desaparecer.

Segundo Ciudad (1986), o mais importante, é realizar uma análise funcional da PHDA para conhecer a forma, frequência e intensidade dos comportamentos disruptivos da criança, com vista à aplicação de um programa de modificação que permita implementar ou manter os comportamentos mais adaptados e diminuir (ou até mesmo extinguir), os comportamentos inadaptados.

10.1 Programas de Modificação Comportamental

Na aplicação destes princípios de modificação do comportamento, podemos distinguir duas vertentes: a comportamental clássica e a cognitivo-comportamental.

A comportamental clássica enfatiza e manipula os factores inerentes à dependência. Defende que o comportamento tem mecanismos estabelecidos entre estímulos e consequências, preocupando-se principalmente com o contexto situacional e ambiental em que os comportamentos do sujeito se concretizam.

A abordagem cognitivo-comportamental centra a sua atenção sobre processos internos do indivíduo, procurando conhecer as suas atitudes e o modo como percebe e valoriza a situação e, a partir daí, inferir no processo de funcionamento cognitivo e emocional, de modo a fazer com que ele próprio avalie a sua actividade, se dê conta das suas consequências a modifique e a controle, quando julgar que ela o perturba e é causadora de incómodos a outros.

É evidente que, tanto a intervenção orientada para o controlo das contingências do meio ambiente como a dirigida para o aluno (ao seu modo de pensar, aos seus valores e atitudes) se completam mutuamente, pelo que utilizar uma ou outra abordagem dependerá da ponderação que se fizer quer da situação quer da origem dos problemas.

Ambas as abordagens têm vantagens e desvantagens consideradas isoladamente. Por um lado, permitem um enfoque mais dirigido à proveniência das dificuldades mas, por outro, deixam de parte alguns elementos da interacção e, por isso, devem ser utilizadas simultaneamente.

De facto, nem sempre é fácil distinguir claramente o que é específico de uma ou outra abordagem no domínio da PHDA pois, num mesmo sujeito, certos aspectos do seu comportamento podem ser sensíveis a um tipo de abordagem do que a outro.

A intervenção clássica com vista a modificar o comportamento humano procura alterá-lo usando mecanismos de influência exteriores como o reforço positivo do comportamento escolar e social. Este estímulo (reforço positivo) é dado sob a condição de determinado comportamento aparecer, levando a uma relação de dependência entre ambos.

A prática da aplicação do reforço assume diversas modalidades, conforme as regras elaboradas pelo psicólogo e estabelecidas entre professor e alunos.

Uma das grandes dificuldades das crianças com PHDA é a de se submeterem às regras. No entanto, para que todos consigam aprender, a disciplina é essencial na sala de aula. Desta forma, o professor deverá estabelecer e afixar as regras comuns de conduta de forma apelativa e bem visível na sala de aula. Para as fazer cumprir o

professor poderá fazer um contrato com o aluno, dando-lhe a conhecer as recompensas e os “castigos,” ou perdas de recompensas caso as regras não sejam cumpridas.

As estratégias apresentadas por vários autores foram desenvolvidas especificamente para os alunos com PHDA e podem ter directa e/ou indirectamente um efeito positivo na resolução e/ou controlo dos seus problemas. Por isso, sucede que quando estes alunos são ajudados a superarem as suas dificuldades de aprendizagem, muitas vezes passam a estar mais atentos, motivados e empenhados na sala de aula, colaborando mais e, conseqüentemente, tornando-se menos irrequietos e perturbadores.

Os estímulos, conselhos e explicações do professor contribuem para a modificação concreta de comportamentos problemáticos. A adaptação de estratégias/práticas às dificuldades do aluno revelam certamente um maior empenhamento, participação nos trabalhos escolares e a probabilidade na finalização de tarefas e um maior sucesso na aprendizagem. Para isso, é necessário que os professores acompanhem muito de perto esses alunos e lhes proporcionem momentos de apoio individualizado.

Se um professor toma consciência das circunstâncias que desencadeiam um comportamento disruptivo desenvolvendo estratégias para o evitar será perfeitamente natural que esse comportamento vá cessando.

Será então nos antecedentes ao acto de indisciplina que teremos que actuar para o evitar utilizando, por exemplo, as seguintes formas:

- dispor as carteiras de uma forma mais espaçosa;
- posicionar o aluno mais próximo do professor ou mais longe, de acordo com o que considere mais benéfico para aquele;
- escolher bem os companheiros de carteira, pois podem influenciar e muito o comportamento;
- alterar a rotina das apresentações das diferentes matérias;
- introduzir pausas no trabalho;
- proporcionar actividades de carácter lúdico;
- retirar o que possa servir de distração;

Nunca devemos esquecer que da boa relação professor/aluno e vice-versa emerge a harmonia educativa.

As técnicas de modificação comportamental seguidamente descritas podem ser utilizadas no tratamento/intervenção na PHDA. Entre elas incluem-se as intervenções na sala de aula/contexto escolar, no treino comportamental parental e intervenção tutorial pelos pares. Sempre que são implementadas de forma apropriada e em simultâneo, quer

em contexto familiar, quer em contexto escolar, as intervenções comportamentais apresentam resultados positivos nas crianças em idade escolar (Daly et al., 2007).

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

O Reforço Positivo é um “*feedback*” que consiste em dar uma resposta positiva sempre que a criança cumpre uma tarefa, a regra estabelecida ou apresenta um comportamento adequado à situação e ao seu nível de desenvolvimento, o que faz com que a frequência deste aumente. Existem diversos elogios que qualquer professor pode utilizar, por exemplo um sorriso, certas expressões como “bom trabalho” ou “estou muito orgulhosa do teu trabalho”, dar uma palmadinha no ombro do aluno, entre outras. Estes são alguns gestos que reforçam as atitudes dos alunos e muito fáceis de efectuar por parte dos professores.

O Contrato Comportamental ou Contrato de Contingência é uma excelente forma de encorajar comportamentos adequados. É uma técnica de gestão de comportamento que envolve a negociação de um acordo contratual entre o aluno e o professor. Estes contratos são importantes, na medida em que, atribuem um papel activo à criança, responsabilizando-a pelo seu empenhamento pessoal. É importante referir aqui que, nestes contratos não podemos exigir tarefas totalmente completas e com alto grau de qualidade, pois não nos podemos esquecer que há que fazer adaptações curriculares para estas crianças e uma delas é reduzir a sua carga de trabalho da criança. Deverá ser dada ao aluno autonomia suficiente para que ele próprio possa avaliar o seu progresso e o cumprimento do seu papel enquanto interveniente do contrato (contrato em torno do comportamento desejado e das consequências resultantes). A recompensa deve seguir-se imediatamente à realização do comportamento contratado. Acresce-se ainda que o contrato deve apelar à realização da tarefa e a respectiva recompensa, assim como, a não execução da mesma e a sua consequência (cf. Anexo IV; adaptado por Lourenço, 2009).

Du Paul & Stoner (2007) reportam várias estratégias de modificação comportamental na sala de aula, que são em seguida especificadas.

O Programa de Reforço por Fichas e Custo resposta é um procedimento utilizado no sistema de modificação do comportamento, cujo objectivo é penalizar, além da repreensão verbal, os “castigos” que envolvem perda ou a retirada de privilégios, pontos ou prémios (isto é, custo da resposta) relativa ao comportamento desajustado, de modo a facilitar a ocorrência de comportamentos desejados. O Programa de Reforço por Fichas e Custo resposta é, portanto, um pequeno castigo ou penalização que poderá ser

expresso de diversas formas: por avisos, reprimendas, perda de privilégios e de pontos ou de sinais que conduziriam a determinada recompensa.

Segundo vários investigadores, a utilização do reforço *token* e do custo resposta com alunos PHDA aumenta os níveis de comportamento adequado às tarefas escolares e tem efeitos positivos nas aprendizagens escolares.

Dado que o custo resposta é um sistema de penalização e porque estes alunos têm uma baixa auto-estima devem implementar-se, ao mesmo tempo, sistemas de pontuação favoráveis ao sucesso em que a oportunidade de ganhar seja maior do que a de perder e os resultados não cheguem a zero, desmotivando os alunos.

O Programa de Economia de Fichas ou Programa *Token* tem por base a utilização de pontos ou fichas que se obtêm por comportamentos adequados e que se trocam por prémios ou reforços. Este serve para compensar os alunos por um determinado comportamento que vai ao encontro das expectativas do avaliador. O professor e o aluno estabelecem em conjunto uma lista de privilégios, prémios ou actividades na escola para trocar pelas fichas. As fichas devem ser trocadas diariamente pelos privilégios ou reforços estabelecidos. Os símbolos *token* poderão ser carimbos, autocolantes, cartões, gráficos de pontos que, após determinado montante ou período de tempo, podem ser trocados por um objecto, prémio ou actividade desejada pelos alunos (por exemplo: 10 pontos corresponde a uma tarefa lúdica e 20 pontos a desfrutar mais 5 minutos de intervalo). Para implementar na escola o programa de reforço *token* com alunos com PHDA, o primeiro passo é identificar as situações problemáticas, quer no domínio do seu comportamento quer no âmbito da aprendizagem. Posteriormente deve-se determinar os pontos a atribuir a um determinado comportamento. Nesta tarefa convém considerar vários aspectos, tais como: o tempo que levou a executar essa tarefa, o nível de exactidão conseguido, os esforços de revisão e correcção do trabalho. Os resultados da intervenção devem ser avaliados de forma a introduzir ajustamentos, em caso de necessidade.

O Tempo de Afastamento de Reforço Positivo (*Time-out*) é também denominado como tempo de privação ou de isolamento do sujeito. Consiste em retirar todo o reforço social à criança. Este procedimento para ser eficaz deve ser implementado logo após à infracção à cometida, isto é, de 1 a 5 minutos. O importante é que este procedimento restritivo como o período de isolamento seja utilizado apenas em conjunto com programas de reforço positivo ou prémios. Considera-se uma medida de último recurso, a tomar apenas quando nenhuma outra resultar; por exemplo quando tiver ocorrido uma agressão física ou insulto.

O período de *time-out* ou isolamento pode variar, dependendo da avaliação da eficácia alcançada. Na parte final desta estratégia, deve exigir-se um período breve de comportamento calmo e adequado e afirmação, por parte do aluno, de que vai corrigir os seus comportamentos e compensar os danos eventualmente causados. O abandono do lugar sem permissão deverá conduzir a sanções, como estar isolado o dobro do tempo ou perder um conjunto significativo de pontos que poderiam dar direito a almejada recompensa.

O Programa de Comunicação Escola – Casa consiste num conjunto de reforços propostos e administrados pelos pais, dependentes da avaliação dos comportamentos/attitudes e do desempenho escolar do aluno.

Trata-se de um programa de Comunicação Escola - Casa em que o professor, no seu contacto diário com o aluno, o avalia e informa sobre o comportamento e aprendizagens na escola. Por outro lado, comunica essas informações aos encarregados de educação, através da caderneta escolar, e-mail, telefone, caderno diário, telefone, e/ou pessoalmente. O Programa de Comunicação Escola - Casa pode ter diversas formas de registo: cartão diário de avaliação do estudante, folha de anotação escola - casa com o registo individual dos professores das disciplinas.

De acordo com Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C.(2010,p.30), os procedimentos são os seguintes:

1. Objectivos diários e/ou semanais são estabelecidos de modo positivo.
2. Objectivos académicos e comportamentais são incluídos.
3. Seleccionar um número pequeno de objectivos.
4. O professor oferece *feedback* quantitativo sobre o desempenho do aluno.
5. O *feedback* é oferecido por matéria ou períodos de aula.
6. A comunicação é feita com regularidade (diária ou semanal).
7. As contingências usadas em casa estão vinculadas ao desempenho na escola. São utilizadas consequências tanto no curto quanto no longo prazo.
8. A cooperação e o envolvimento dos pais são solicitados antes da implementação.
9. O aluno pode gerar ideias sobre objectivos e contingências, particularmente se estiver no fim da escola elementar ou no segundo grau.
10. Objectivos e procedimentos são modificados se necessário.

Periodicamente, os objectivos e os procedimentos inerentes ao programa devem ser modificados ou reformulados, consoante o progresso que o aluno foi registando.

10.2 Modificação cognitivo-comportamental

Esta intervenção clínica ou terapêutica de natureza cognitivo - Comportamental pretende inferir no modo como os alunos desatentos pensam, experienciam e interpretam as situações, com ou sem PHDA. Neste caso específico, procura-se desenvolver um conjunto de competências e programas de auto-controlo com base em estratégias de auto instrução e treino de competências sociais. Isto significa, em última análise que o aluno para superar as lacunas deve aprender a aguardar a sua vez para responder, pensar antes de dar a resposta, identificar as questões, auto-avaliar-se, avaliar os outros e medir as consequências da sua actuação.

Por norma, estes programas de intervenção são implementados por psicólogos. Contudo, os autores Costa et al. (2010) remetem a sua aplicação também para pais e professores. Seguidamente, vão ser explicitadas as diferentes metodologias utilizadas:

1- O Auto-controlo:

a) A auto-monitorização: esta técnica, através de treino prévio, requer que a criança aprenda a observar e a registar o seu próprio comportamento. Através deste processo, decidirá se está ou não atento e se controla, por registos, esse mesmo comportamento.

b) O auto-reforço: a criança monitoriza o seu comportamento como também avalia e reforça o seu próprio desempenho, quer positivo, quer negativo, quando confrontados com tarefas escolares e em interacções com os seus colegas. Este auto-reforço poderá ser sob a forma de registo ou de fichas, cartões, autocolantes ou montantes que poderão ser trocados por recompensas. Outra forma de o fazer poderá ser simplesmente a de o aluno dizer para si mesmo: “fizeste muito bem”; “estou a portar-me bem”; “assim é que é”.

c) A técnica de auto-instrução: ensina estratégias cognitivas que lhes permitem realizar com sucesso as tarefas escolares e as situações em que é necessário que haja um controlo dos comportamentos. Segundo os autores Meichenbaum e Goodman (1971) citado por Garcia (2001, p.81) o objectivo desta técnica é ensinar a criança como deve pensar.

O treino em auto-instrução desdobra-se em cinco fases:

1- O modelo adulto (pai, professor, tutor, psicólogo, terapeuta, etc.) executa uma tarefa, enquanto fala para si mesmo em voz alta (modelação cognitiva);

2- A criança executa a tarefa sob a direcção das instruções do modelo (guia externo manifesto);

3- A criança executa a tarefa enquanto dirige a si própria instruções em voz alta (auto instrução manifesta);

4- A criança realiza a tarefa, enquanto repete para si própria as instruções (auto-instrução manifesta atenuada);

5- A criança realiza a tarefa, enquanto guia a sua actuação através de instruções internas privadas (auto - instrução oculta);

O ensino e a prática destas fases exigem alguma flexibilidade por parte do técnico, em função das características do problema e do aluno em causa. Durante esta aprendizagem o técnico vai orientando e estimulando, gradualmente, esta tarefa deverá passar para o próprio sujeito, que se autoavalia e auto-reforça. Esta técnica, se for usada isoladamente, poderá ser necessário complementá-la com outras intervenções, designadamente as de natureza psicopedagógica e farmacológica.

Todas as estratégias apresentadas podem ser utilizadas isoladamente por especialistas de modificação do comportamento, nomeadamente psicólogos, dentro ou fora da escola, ou ser incorporadas em certos programas genéricos como o de desenvolvimento pessoal e social participação de professores.

Para concluir, podemos referir que a intervenção cognitivo-comportamental ensina os alunos com PHDA a usar úteis para a promoção da auto regulação do seu comportamento, contribuindo deste modo para a resolução dos seus problemas.

Quanto a recursos tecnológicos, Du Paul & Stoner (2007) asseguram que o computador permite uma instrução individualizada e adaptada ao ritmo de aprendizagem do aluno, tornando-se um importante auxiliar para o ensino. O recurso ao computador pode fazer com que os estímulos oferecidos sejam melhor assimilados e se crie maior motivação para a aprendizagem do que a modalidade de ensino tradicionais.

Lopes e Rutherford (2001, p. 81) consideram seis técnicas como estratégias específicas para a mudança de comportamentos perturbadores:

1. Reforço social
2. Gestão de contingências
3. Contratos comportamentais (Anexo IV)
4. Sistemas de créditos
5. Ensino positivo
6. Autogestão

Estes autores sugerem ainda, algumas linhas orientadoras que, na sua perspectiva, poderão potencializar este reforço tais como: ignorar o comportamento inadequado; utilizar o reforço positivo imediatamente a seguir ao comportamento que o justifica; individualizar o reforço, o que obviamente requer cuidadosa observação da criança em diversas situações de interacção; sistematizar insistentemente o reforço inicial; reforçar as tentativas do aluno para se aproximar do comportamento desejado e depois deste estabelecido, passar a reforçá-lo de forma intermitente.

O reforço social é o acto que consiste em dar ao indivíduo uma resposta socialmente recompensadora (elogios, gestos, atenção positiva, “*feedback* positivo”) como uma consequência positiva, após a ocorrência do comportamento, o que faz com que a frequência deste aumente. O reforço deve ser uma recompensa individual.

O ensino positivo: entendemo-lo como uma atitude geral do professor com os alunos, perante si próprio e diante o acto de ensinar do que propriamente como uma técnica. O ensino positivo centra-se nos aspectos antecedentes ao comportamento perturbador e implica uma estruturação do estilo de ensino e do dia de aula. Para diminuir as oportunidades de disrupção, uma vez que o professor adapta as aulas tornando-as mais interessantes e motivadoras.

A gestão de contingências é uma técnica que reforça, sistematicamente, os comportamentos adequados que se inter-relacionam com outros menos conseguidos. Isto significa gerir com muito equilíbrio a interdependência entre aqueles que a criança naturalmente adopta e os que pretendemos que ela desempenhe. Esta técnica pode ser aplicada à turma, ou somente ao aluno. Para atingir este objectivo, o professor deve cumprir as indicações de Lopes e Rutherford (2001, p.94) como sejam:

1 – Especificar os CBP (Comportamentos de Baixa Probabilidade) como por exemplo: exercícios de matemática; trabalhos de ortografia; regras da aula; tarefas da aula.

2 – Especificar quais os CAP (Comportamentos de Alta Probabilidade / reforçadores) Exemplos: ir para o recreio mais cedo; puzzles; visitas aos amigos; jogos de computador.

3 – Estabelecer níveis mínimos de realização de Comportamentos de Baixa Probabilidade antes de os associar a comportamentos de Alta Probabilidade.

A autogestão possibilita uma tomada de consciência por parte do aluno de que poderá influir na modificação do seu comportamento. Trata-se de uma estratégia que se apoia essencialmente na auto-motivação para a mudança como factor essencial à modificação de comportamentos perturbadores. Como afirmam Lopes e Rutherford

(2001, p.114) “deixar os alunos envolverem-se na gestão do seu próprio comportamento pode pois constituir uma forte motivação para o processo de modificação de comportamento na aula”.

O professor deverá ajudar os alunos a desenvolverem as suas competências de autogestão, o que nem sempre acontece, dado o ainda monopólio da aula por parte daquele. Se isso se verificasse os alunos adquiririam, de certo, um melhor controlo sobre as respectivas vidas e aprenderiam a assumir responsabilidades pelos seus actos.

Para que isso aconteça urge a necessidade de:

- Estabelecer os comportamentos que pretendemos que os alunos assumam, ou seja, o professor terá que estabelecer comportamentos mínimos e se possível deixar que os alunos aprendam a lidar com eles para que a aula decorra sem problemas;

- Estabelecer até que ponto o professor está disposto a colocar poder nos alunos, pois sugerem Lopes e Rutherford (2001, p.117) “qualquer passo em direcção à autogestão, dará aos alunos maior liberdade.

- o professor deve dar a conhecer publicamente as suas expectativas em relação aos seus alunos. Ao dizer ao aluno aquilo que pretende, este pode tornar-se consciente de uma expectativa do professor que até aí desconhecia.

Os alunos adquirem, através deste sistema, um melhor controlo sobre as respectivas vidas, aprendem a assumir a responsabilidade pelos seus actos e o professor partilha com eles o encargo de planear e implementar as rotinas e actividades diárias.

Em relação às estratégias de auto-regulação emocional que preconizam a modificação comportamental os autores Costa, P., Heleno, S. & Pinhal, C.(2010, p.77) sugerem também o uso do método de resolução de problemas denominado por técnica da tartaruga. Têm como objectivo principal favorecer o auto-controlo, a auto-regulação das emoções e o relaxamento mediante situações de stress ou que geram raiva/intolerância à frustração. É apropriada em crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos.

Este treino desenrola-se em quatro fases:

1º- Ensina-se à criança a responder à verbalização da “palavra-chave”. A criança deve baixar a cabeça, fechar os olhos, juntar os braços, simultaneamente encolher o pescoço “dentro” dos ombros, como se fosse uma tartaruga a esconder-se dentro da carapaça. De preferência, a criança deverá estar sentada, ou deitada num local confortável e livre de distractores ou ruído.

2º- A criança aprende a relaxar-se.

3º- Pretende-se que a criança consiga executar a posição de tartaruga, em diferentes contextos e situações.

4º- A criança deve aprender estratégias para a resolução de problemas interpessoais.

Estas estratégias apresentadas pelos autores são passíveis de serem utilizadas na sala de aula pelo professor e permitem uma maior facilidade na gestão da disciplina e a modificação do comportamento disruptivo dos alunos na sala de aula. A utilização do ensino positivo, reforço positivo, contrato comportamental, auto-gestão, auto-reforço, time - out, auto-controlo e de diversos programas: *token*, comunicação escola - casa, treino de auto-instrução serve para prevenir e aumentar comportamentos ajustados e promover o desenvolvimento do sentido de responsabilidade essencial à vida em sociedade.

É óbvio que neste domínio não existem respostas fáceis e a equipa multidisciplinar ou o professor dependem do conhecimento que têm da criança para tomarem as melhores decisões em termos de disciplina.

No entanto, não há receitas universais. O professor pode influenciar decisivamente os comportamentos de cada um dos alunos na direcção mais apropriada e mais produtiva. Cada professor deve procurar aprender a partir da própria experiência, sendo coerente consigo próprio. Se o próprio, antes de mais, quer ser respeitado pelos seus alunos, tem que respeitar-se e apreciar as suas qualidades pessoais e profissionais. Assim, uma das regras que deve ter em conta é tentar analisar o seu próprio comportamento face a situações de comportamentos desajustados dos alunos e procurar aprender com essas experiências no sentido de um maior auto-conhecimento e aperfeiçoamento progressivo.

Cada vez mais é exigido aos professores a adaptação das práticas pedagógicas às características e heterogeneidade dos alunos e da turma. Neste contexto, o docente deve motivar os alunos de forma a “envolvê-los” na aula, diversificar as estratégias/actividades, elaborar materiais pedagógicos diversificados e recorrer às tecnologias educativas. A aula deve ser activa e multifacetada de forma a promover aprendizagens significativas.

A introdução das estratégias acabadas de enumerar na prática de leccionação dos professores pode prevenir comportamentos inadaptados e remediar os já existentes. A sua aplicação exigirá conhecimento, aceitação e prática, por parte dos professores, que, não os possuindo, necessitarão de formação contínua.

Torna-se urgente desenvolver nos professores uma consciência epistemológica que os leve a questionar as práticas e a implementar formas de trabalho colaborativo com estes alunos, valorizando os princípios de inclusão (Dyson e Millward, 2000, cit. por César, 2003).

Para finalizar, deve-se dar a devida ênfase ao facto da implementação de um programa de modificação comportamental poder ser aplicado adequadamente por pais professores e técnicos, no âmbito familiar e escolar. Isto traz benefícios para o incremento das competências e dos conhecimentos dos alunos com PHDA, bem como, na promoção de uma atitude mais positiva e favorável à forma de reagir da criança, reduzindo o stress familiar, parental e escolar e promovendo uma postura mais firme e consistente de gestão comportamental.

11. CONSTRUIR UM CAMINHO DE SUCESSO ESCOLAR

O primeiro passo para um caminho de sucesso consiste em encarar a situação como um todo. Uma escola aberta para uma relação multidisciplinar onde são equacionados todos os elementos intervenientes (criança, escola, professor, psicólogo, técnicos, terapeutas, família, colegas) recursos e a troca de informações sobre aspectos e definições de conduta mais indicadas para cada aluno, que foque o desenvolvimento do aluno a par do desempenho académico, artístico e desportivo sem um sistema competitivo é a escola ideal para um aluno com PHDA. É importante assumir um modelo que englobe alterações específicas ao nível das práticas, do currículo e de estratégias de intervenção directa com a criança, por uma avaliação completa da situação, uma programação e colaboração com a família. Esta rede de cooperação funcionará na medida em que estiver integrada e actuante.

Para Lourenço (2009), a intervenção no contexto escolar deveria ser levada a cabo por uma equipa multidisciplinar habilitada para colocar em prática programas específicos de intervenção. No entanto, assinala que na ausência destes programas o professor pode e deve implementar um conjunto de estratégias e técnicas pedagógicas que permitirão à criança com PHDA ter melhores respostas de aprendizagem.

CAPÍTULO II

ESTADO DE ARTE

CAPÍTULO II – ESTADO DE ARTE

As necessidades dos alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção têm recebido uma maior atenção por parte dos investigadores na última década. Contudo, existem algumas limitações associadas à investigação desta problemática. Verifica-se, sem dúvida o aumento recente de bibliografia e investigação na área, face à inclusão de alunos com estas características nas escolas de ensino regular. Constatamos que a existência de um número relativamente significativo de alunos com esta problemática leva a que a investigação seja normalmente limitada a estudos de caso ou a pequenas amostras.

Em Portugal, tem sido desenvolvido um leque de investigações recente sobre a temática, embora a inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção nas escolas de ensino regular seja uma realidade antiga. As escolas devem garantir as condições e os recursos necessários para proporcionar a estes alunos respostas adequadas às suas necessidades. Neste sentido, os estudos já realizados são de natureza descritiva, pelo que as suas conclusões não são generalizáveis à população.

Fernandes, em 2006, desenvolveu um estudo, que objectivava determinar o grau de informação dos docentes do 1º e 2º Ciclo, quais as dificuldades com que se deparavam ao leccionarem em turmas com crianças com PHDA e qual a eficácia dos métodos e estratégias utilizados. Neste âmbito, foram analisados os programas curriculares das Escolas Superiores de Educação que ministravam os cursos de Professores e elaborado um inquérito por questionário aos docentes do 1º e 2º Ciclo. O autor indicou alguns pontos a melhorar no referido projecto, que se prendiam com a insuficiência da formação inicial e contínua dos professores face à PHDA. Desta forma, considerou que “a rede de ensino, no que concerne à PHDA, é incapaz de responder adequadamente às necessidades destas crianças limita-se à inserção destes alunos na sala de aula (Fernandes, 2006, p.11)”.

Um estudo exploratório, realizado por Ribeiro em 2008 no concelho do Carregado, teve como objectivo analisar as percepções dos professores de 1º Ciclo sobre a PHDA de uma amostra de 44 professores, sendo que 31 dos sujeitos referiram trabalhar com alunos com PHDA. No que diz respeito ao impacto que esta perturbação causa em contexto escolar, 72,5% dos participantes apontam como factores responsáveis de maior desadaptação: “comportamento, agressividade e oposição” e “não aceitar nem respeitar regras”, seguindo-se, com 65,9%, “dificuldades de aprendizagem” e

com 56,8% “ a dificuldade da relação com pares”. Quanto à falta de atenção, os inquiridos consideram os factores “com frequência não segue instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho”, como causadores de maior impacto, seguindo as características da Hiperactividade onde o factor responsável pelas maiores desadaptações é “com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado”. Por fim, são referidas as características da Impulsividade onde o factor “tem dificuldade em esperar pela sua vez” é considerado pelos inquiridos como causador dos maiores desajustamentos.

Lourenço, em 2009, desenvolveu um estudo exploratório (descritivo) no que tinha por objectivo analisar as percepções e atitudes dos professores de diferentes níveis de escolaridade em relação aos alunos com PHDA em Contexto Escolar no Agrupamento de escolas de Almada. Este estudo teve por base a realização de um inquérito por questionário e posterior apresentação dos resultados, sendo que os sujeitos apresentaram representações diversas e apenas alguns revelaram conhecimentos mais precisos sobre a PHDA. Tendo em conta os resultados, a autora verifica que os participantes no estudo “apesar de referirem que têm pouca informação anterior em relação à PHDA, de uma maneira geral revelam conhecimento em relação à PHDA, excepto em relação à medicação como forma de intervenção importante para o tratamento desta perturbação e relativamente às atitudes a tomar quando têm na sala de aula uma criança com PHDA” (Lourenço, 2009, p.143).

Na mesma linha de investigação, Júlio, em 2009, efectuou um estudo que pretendia analisar as percepções de uma amostra de técnicos portugueses, 85 professores do ensino regular, 10 professores de educação especial, 8 psicólogos e 7 técnicos possuíam acerca da PHDA na região de Leiria. Relativamente aos resultados obtidos verificou-se que 99,1% da amostra já teve contacto com alunos com esta perturbação, sendo que 53,6% a considera uma perturbação grave. A generalidade dos técnicos atribui a PHDA a factores biológicos (43,4%), no entanto 33,1% refere factores sem sustentação científica como causas da mesma e 22,8% atribuí-lhe factores associados ao funcionamento familiar. Este factor remete para uma eventual confusão por parte dos técnicos inquiridos, relacionada com o aumento da sintomatologia se a criança em causa pertencer a uma família disfuncional. Neste estudo, os técnicos concordam com as diferentes formas de intervenção não se evidenciando nenhuma preferencial. Os professores do ensino regular consideram as práticas educativas pouco eficazes revelando pouca capacidade de intervenção face às crianças com PHDA.

Mais recentemente tivemos contacto do estudo do autor Baptista, em 2010, que efectuou um estudo exploratório que procurava analisar as percepções dos professores

sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º Ciclo. Este estudo teve como objectivo investigar se os professores percepcionavam o comportamento de dois grupos de crianças de forma diferente, quanto à condição de terem ou não PHDA e ao impacto que causam em contexto escolar. Em suma, a autora concluiu que “o comportamento das crianças com PHDA causa impacto no contexto escolar com consequências a vários níveis, destacando-se os problemas no desempenho académico e nas relações sociais com pares com implicações directas no futuro próximo das crianças (Baptista, 2010, p.86)”.

De uma forma geral, a investigação das percepções dos professores sobre a PHDA em Portugal reflecte as mesmas lacunas que a literatura internacional.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A metodologia de um trabalho científico exige um conjunto de procedimentos e estratégias que se podem englobar em três momentos: a Planificação Global, a Fundamentação Teórica e a Pesquisa Empírica.

A metodologia e os instrumentos utilizados devem estar em consonância com os objectivos a que nos propusemos. Investigar é tentar clarificar um problema ou resolver uma hipótese de trabalho. O nível e o rigor de uma investigação é dado pelo objectivo proposto e depende do grau de complexidade de uma situação. O processo de investigação implica uma atitude sempre activa perante o conhecimento.

A pertinência do nosso estudo reside em determinar o grau de informação que os docentes do 1º Ciclo têm acerca da PHDA.

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

A Fundamentação Teórica é, como referimos, o segundo momento da investigação e apresenta como objectivo 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 objectivo 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.

1. PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Após uma reflexão sobre vários domínios das Ciências da Educação, sentimos uma motivação intrínseca sobre a temática: "As Práticas/estratégias educativas em alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção"- considerando-o tema privilegiado de investigação pelos seguintes motivos:

1º Como agentes da educação, no exercício da nossa vida profissional, podermos ser confrontados com esta problemática, a qual carece de uma adequada

actuação, justificada na aquisição de novos conhecimentos, modificando e ajustando procedimentos e atitudes.

2º O facto desta temática ser actualmente, objecto de múltiplos estudos que tem suscitado opiniões controversas. Vários autores debruçam-se sobre a PHDA na infância não havendo, no entanto, uma definição unânime entre eles, verificando-se o uso de terminologias diversificadas: hiperquinécia, disfunção cerebral mínima, síndrome hiperquinético, problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem e problemas de atenção com hiperactividade - para referenciar um mesmo conjunto de características.

3º Pela actualidade e pertinência do tema. Segundo Lima (cit. por Garcia, 2001), a PHDA tem sido insuficientemente abordada no panorama português. Por isso, este estudo (como outros do mesmo âmbito) poderá ajudar os professores, pais e técnicos a perspectivar o problema a partir de novos pontos de vista, compreendendo que as crianças com PHDA têm necessidades específicas e carecem de uma atenção particular e cuidada, tendo em conta os elevados riscos de insucesso que lhes estão associados.

Pretendemos assim, com esta investigação, ampliar os nossos conhecimentos e os de todos aqueles que se interessam por esta problemática, pressupondo que possa ser objecto de futuras consultas e de continuidade de estudo, tentando colmatar lacunas existentes.

2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Sabendo que toda a investigação nasce a partir de um problema inicial e que o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar e compreender melhor, a pergunta de partida do presente plano de investigação deve apresentar qualidades a nível da clareza, de exequibilidade e de pertinência (Quivy & Campenhoudt, 1997).

Actualmente, a sala de aula é considerada um espaço privilegiado de aprendizagem, convívio, troca de experiências, saberes, de inclusão e integração do aluno na turma e no meio escolar.

A pertinência do nosso estudo reside em determinarmos o grau de informação que os docentes do 1º Ciclo têm acerca da PHDA e fazer um estudo comparativo das práticas/estratégias utilizadas pelos docentes do 1º Ciclo.

De acordo com a finalidade da nossa investigação elaboramos as seguintes questões, para as quais se procura uma resposta.

- Qual o grau de informação, formação e experiência dos docentes do 1º Ciclo para leccionarem em turmas de alunos com PHDA?
- Qual a percentagem de docentes do 1º Ciclo que já leccionou em turmas com PHDA?
- Quais as características que perturbam mais a vida escolar dos alunos com PHDA?
- Quais são os profissionais que os professores consideram mais indicados para realizar o diagnóstico da PHDA?
- Quais os problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação em contexto de sala de aula?
- Que efeitos tem a medicação no contexto escolar?
- Qual a intervenção terapêutica que os professores consideram a mais benéfica para os alunos com PHDA?
- Qual a dimensão adequada de uma turma com alunos com PHDA?
- Quais as práticas/estratégias educativas mais utilizadas pelos professores do 1º Ciclo?
- Com que frequência recorrem os professores do 1º Ciclo aos psicólogos escolares (SPO) para determinarem as necessidades dos alunos com PHDA?
- Têm os Mega - Agrupamentos de escolas um número suficiente de psicólogos que permitam um acompanhamento efectivo destes alunos?

3. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Pretende-se com este estudo:

- Avaliar o grau de informação, formação e experiência dos docentes do 1º Ciclo para leccionarem em turmas de alunos com PHDA.
- Averiguar quais as características que perturbam mais a vida escolar dos alunos com PHDA.
- Averiguar quais os profissionais que os professores consideram mais indicados para realizar o diagnóstico da PHDA.
- Averiguar quais as dificuldades sentidas pelos professores que provocam maior desadaptação em contexto de sala de aula.
- Averiguar quais os efeitos da medicação no contexto escolar.

- Averiguar qual a intervenção terapêutica que os professores consideram que traz mais benefícios para o aluno com PHDA.
- Determinar qual é dimensão da turma com alunos com PHDA que os professores consideram adequada.
- Determinar a frequência que os professores do 1º Ciclo recorrem aos psicólogos escolares (SPO) para determinarem as necessidades dos alunos com PHDA.
- Averiguar quais as estratégias/práticas educativas de intervenção aconselhadas pelos autores e relacioná-las com as estratégias/práticas educativas de intervenção utilizadas pelos professores do 1º Ciclo com alunos PHDA.
- Averiguar se os Mega - Agrupamentos de escolas têm um número suficiente de psicólogos que permitam um acompanhamento efectivo destes alunos.
- Contribuir para uma melhor inclusão das crianças com PHDA nas escolas que frequentam, bem como na comunidade educativa.

Mediante os objectivos traçados, a definição do problema, confiando que o estudo desta problemática urge para um melhor conhecimento delineamos o plano de investigação.

4. PLANO DA INVESTIGAÇÃO E TIPOLOGIA DO ESTUDO

O Plano ou *Design* pode definir-se como o conjunto de procedimentos e orientações que conduzem uma investigação. Consiste num guião de tudo o que vai ser feito e dos passos a serem seguidos para a concretização dos objectivos desse estudo (Almeida e Freire, 2003).

Neste contexto, é apresentado o Plano e o conjunto de procedimentos definidos para a presente investigação:

A primeira etapa consistiu no aprofundamento teórico sobre as temáticas a abordar: a inclusão e a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. Foi consultada bibliografia relacionada com o tema, havendo uma selecção das informações mais pertinentes para depois serem relacionadas com os resultados da investigação.

O nosso estudo é não experimental uma vez que na nossa investigação não nos encontramos em condições de manipular as variáveis independentes. Apresentamos a formulação do problema de investigação, a revisão da literatura, a formulação dos objectivos, a definição da amostra do estudo e a escolha técnica da recolha de dados (inquérito por questionário auto-administrado).

Em seguida, procedeu-se à elaboração do instrumento de investigação, neste caso concreto um questionário adaptado, baseado em conteúdos relacionados com os objectivos de investigação definidos.

5. PROCEDIMENTOS

Previamente à aplicação do instrumento de investigação, foi pedida a autorização a três Agrupamentos de Escolas da região centro para que os professores seleccionados como amostra pudessem colaborar no preenchimento dos questionários. Estes agrupamentos são os seguintes: Agrupamento de Escolas do Ensino Básico de Aradas, Agrupamento de Escolas Gualdim Pais (Pombal) e Agrupamento de Escolas de Mira.

Neste sentido, foi elaborado um ofício com um pedido de autorização, informando-os dos fins a que se destinava este estudo.

Após as devidas autorizações dos órgãos de gestão, os questionários foram entregues directamente aos professores seleccionados a 15 de Fevereiro de 2011, e recolhidos no Órgão de Gestão a 23 de Março de 2011, como garantia de confidencialidade e sigilo relativamente aos dados pessoais.

Uma vez recolhidos os questionários, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, com recurso ao programa *SPSS* (versão 19.0).

Por fim, os resultados foram analisados de acordo com os objectivos e hipóteses anunciadas, cruzando os dados com as informações do enquadramento teórico.

6. INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa empírica vai ser realizada através da técnica de recolha de dados, questionário, auto administrado a docentes segundo uma perspectiva analítico -descritiva que, segundo Pardal & Correia (1994) é aquela que mais se apropria a este tipo de estudos. Esta técnica apresenta como vantagem “a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação”, o que permite a recolha de um maior número de informações num período mais curto de tempo (Quivy e Campenhoudt, 1997).

O anonimato do inquérito por questionário permite aos inquiridos o preenchimento sem receios, possibilitando uma maior liberdade de expressão das suas opiniões.

Com a utilização do inquérito por questionário auto-administrado pensamos poder chegar a uma maior amostra de indivíduos e, desta forma, poder obter um número mais alargado de opiniões, enriquecendo o estudo.

A amostra representativa será de 102 professores do 1º Ciclo de três Agrupamentos de Escolas da região centro.

Todas as questões são fechadas com um conjunto de opções para a resposta que melhor representa o ponto de vista do indivíduo inquirido. O instrumento utilizado será o inquérito por questionário com 12 grupos de questões.

Os dados recolhidos vão ser tratados através da análise quantitativa, uma vez que é uma técnica de investigação objectiva, sistemática, do conteúdo manifesto no questionário, mediante a utilização do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 19.0 para o sistema operativo *Windows*.

6.1 Ensaio do questionário

O inquérito por questionário utilizado neste estudo foi objecto de aplicação piloto, através da realização de um pré-teste com 10 professores que não entraram na amostra.

Pretendia-se, com este procedimento, verificar a aplicabilidade do questionário, a existência de dúvidas quanto à interpretação das questões (clareza, apresentação e precisão dos termos) e quanto ao tipo de resposta a dar.

Através desta experiência chegou-se à conclusão de que o questionário era acessível e de fácil interpretação.

6.2 Condições de Aplicação

O inquérito por questionário foi o único instrumento utilizado para a recolha de informação.

No decorrer da aplicação do questionário foram tidas em conta as seguintes considerações:

1) Informação aos professores sobre os objectivos do questionário e de que as informações recolhidas só seriam utilizadas para efeitos de pesquisa.

2) Os inquéritos por questionário foram aplicados por administração indirecta, ou seja, sem a presença do inquiridor.

7. CALENDARIZAÇÃO

1ª Fase: Preparação (Janeiro de 2011)

- Propostas às Escolas passíveis de se envolverem no projecto;
- Reunião com o Órgão da Direcção das Escolas passíveis de se envolverem no projecto;
- Calendarização da data da entrega dos questionários;

2ª Fase: Entrega dos Questionários (Fevereiro de 2011)

- Aplicação dos questionários aos Professores do 1º Ciclo;

3ª Fase: Recepção dos Questionários (Março/Abril de 2011)

- Recolha dos questionários nas escolas envolvidas, para posterior análise e exposição do trabalho efectuado;

4ª Fase: Tratamento de Dados (Maio/Julho de 2011)

- Depois de obtidos os resultados procedeu-se à análise dos mesmos.

8. PROCEDIMENTOS DA RECOLHA DE DADOS

A população em estudo é formada por professores de Portugal Continental. A amostra é constituída por 102 professores de três Agrupamentos de Escolas localizados na Zona Centro do País, do 1º Ciclo de Ensino Básico, no exercício do ano lectivo 2010/2011.

A amostra foi seleccionada de uma forma não aleatória, ou seja, de conveniência, visto que contempla professores do 1º Ciclo, de vários agrupamentos da zona Centro de Portugal, podendo ser considerada não aleatória.

Após a recolha dos questionários, seguiu-se a sua análise. Procedemos à codificação das variáveis, o que facilitou o tratamento dos dados dos questionários e a

sua análise, tendo em atenção cada pergunta, de modo a tornar mais fácil a construção de tabelas, médias dos somatórios dos itens e dos gráficos, de forma, a tratar os dados em estudo e apresentar os resultados.

Para tal, é realizado o tratamento estatístico de informação, com base na metodologia quantitativa, através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para o sistema operativo *Windows*.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

No capítulo dedicado à apresentação de resultados, começamos primeiramente por caracterizar a amostra do presente estudo.

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A *Amostra1* é constituída por 102 docentes nos Agrupamentos de Escolas, da região centro². É constituída por 16 participantes do sexo masculino e 86 do sexo feminino, sendo as proporções de, respectivamente, 15.7% e 84.3%. A idade dos inquiridos situa-se entre os 26 e os 58 anos inclusive, sendo a média (M) de 43.90 e o desvio-padrão (DP) de 8.50 anos.

No que respeita ao sexo masculino, as idades situam-se entre os 30 e os 57 anos inclusive, sendo a média de 44.31 e o desvio-padrão de 8.84. Considerando a idade do sexo feminino, a média é de 43.83, o desvio-padrão de 8.48, compreendendo-se as idades entre os 26 e os 58 anos, inclusive. A mediana das idades é de 47 anos para ambos os sexos. No *Quadro 1* indica-se a distribuição da amostra segundo o sexo e a classe etária (classes de 10 anos).

A amostra é maioritariamente constituída por participantes com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos de idade, seguindo-se a classes dos 31 aos 40 anos. Não obstante a amostra ser principalmente composta por elementos do sexo feminino [o teste de Qui-Quadrado (χ^2) aponta para diferenças estatisticamente significativas entre as frequências absolutas esperadas e as observadas para os dois sexos – $\chi^2(1) = 48.14, p < .001$], os docentes do sexo masculino situam-se em todas as classes etárias.

¹ Dos 102 questionários recolhidos optámos por não excluir nenhum, dado totalizarem uma taxa de não-respostas (missing values) inferior a 10% (designadamente, de 0.58%). A taxa de respostas válidas é de 99,42%.

² Agradecemos aos docentes que participam na presente investigação a disponibilidade mostrada.

Quadro 1- Distribuição da amostra segundo o sexo e a classe etária

Classe etária (anos)										
	21-30		31-40		41-50		> 50		Total	
Sexo	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Masculino	1	1.0	6	5.9	5	4.9	4	3.9	16	15.7
Feminino	6	5.9	24	23.5	33	32.4	23	22.5	86	84.3
Total	7	6.9	30	29.4	38	37.3	27	26.5	102	100.0

Quanto ao nível académico, os inquiridos são maioritariamente licenciados, conforme ilustra o Quadro 2. Nenhum dos participantes possui o Doutoramento.

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo o nível académico e o sexo dos participantes

Nível Académico	Sexo dos participantes					
	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Magistério	3	2.9	5	4.9	8	7.8
Licenciatura	11	10.8	72	70.6	83	81.4
Especialização	0	0.0	3	2.9	3	2.9
Mestrado	2	2.0	6	5.9	8	7.8
Doutoramento	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	16	15.7	86	84.3	102	100.0

Os anos de leccionação situam-se entre um mínimo de 1 e um máximo de 34, sendo média de $M = 19.99$ e a variabilidade de $DP = 9.52$ anos. Para o sexo masculino, os anos de leccionação situam-se entre os 3 e os 33 inclusive, sendo a média de 19.87 e o desvio-padrão de 9.04. Para o sexo feminino a média de anos de leccionação é de 20.01 ($DP = 9.66$), compreendendo-se entre um mínimo de 1 e um máximo de 34 anos.

No que se prende com a situação profissional, 24 (23.5%) participantes são contratados, 6 (5.9%) pertencem ao quadro de zona pedagógica e 72 (70.6%) ao quadro

de agrupamento. A distribuição da amostra segundo a situação profissional em função do sexo dos participantes consta do Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a situação profissional e o sexo

Sexo	Contratado		Situação profissional				Total	
			Quadro de zona pedagógica		Quadro de agrupamento			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	3	2.9	1	1.0	12	11.8	16	15.7
Feminino	21	20.6	5	4.9	60	58.8	86	84.3
Total	24	23.5	6	5.9	72	70.6	102	100.0

Se se considerar agora os anos de escolaridade que os docentes leccionam, constata-se que a maioria lecciona no 1º ano do 1º ciclo do Ensino Básico, seguindo-se o 3º e 4º anos. Cerca de 26 docentes leccionam em mais do que um ano do 1º ciclo do Ensino Básico, conforme se pode verificar no Quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo o sexo e o ano de escolaridade leccionado

Ano de escolaridade leccionado (Ensino Básico)	Sexo dos participantes					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1º ano	3	2.9	20	19.6	23	22.5
2º ano	2	2.0	11	10.8	13	12.7
3º ano	2	2.0	16	15.7	18	17.6
4º ano	2	2.0	16	15.7	18	17.6
1º e 2º anos	0	0.0	6	5.9	6	5.9
1º e 3º anos	1	1.0	0	0.0	1	1.0
1º e 4º anos	0	0.0	5	4.9	5	4.9
2º e 3º anos	1	1.0	1	1.0	2	2.0
2º e 4º anos	1	1.0	1	1.0	2	2.0
3º e 4º anos	1	1.0	1	1.0	2	2.0
1º, 2º e 4º anos	0	0.0	2	2.0	2	2.0
2º, 3º e 4º anos	1	1.0	0	0.0	1	1.0
1º, 2º, 3º e 4º anos	1	1.0	5	4.9	6	5.9
Total	16	15.7	86	84.3	102	100.0

2. AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Quanto aos resultados estatísticos começamos por apresentar a avaliação do questionário propriamente dito, passando depois para a caracterização dos resultados obtidos.

2.1 Avaliação das qualidades psicométricas do Instrumento de medida

A revisão bibliográfica que efectuámos revelou-nos alguns instrumentos que permitem avaliar a PHDA. A versão fornecida aos participantes consta do *Anexo 1*.

O questionário foi construído com base num outro instrumento que serviu de base a dois estudos realizados na Faculdade de Motricidade Humana em parceria com o CADin, sendo o original da autoria da equipa de Défices de Atenção do CADin. Todas as questões são fechadas com um conjunto de opções para a resposta que melhor representa o ponto de vista do indivíduo inquirido. O instrumento utilizado será o inquérito por questionário com 12 grupos de questões.

Os dados recolhidos vão ser tratados através da análise quantitativa, uma vez que é uma técnica de investigação objectiva, sistemática, do conteúdo manifesto no questionário, mediante a utilização do *SPSS* (Statistical Package for Social Sciences).

O inquérito por questionário foi ordenado em seis partes essenciais, onde se agrupam um conjunto de questões relacionadas com cada área relativas à problemática em análise, que em seguida serão discriminadas.

As questões da parte 1 do nosso inquérito por questionário integram um conjunto de informação sócio demográfica e servem para caracterizar a nossa amostra, nomeadamente o sexo, idade, tempo de serviço, grau de informação relativamente à PHDA, formação inicial e complementar, anos de escolaridade que já leccionaram, número de alunos com PHDA na sala de aula (cf. anexo 1 - Questionário PHDA). Estas variáveis permitem-nos conhecer o perfil da nossa amostra e complementam o tratamento estatístico das questões apresentadas.

As questões formuladas na parte 2 do questionário, permitem-nos discernir a proximidade de conhecimentos e contactos entre os inquiridos e a problemática em estudo.

A questão 3 permite-nos conhecer a avaliação do impacto no contexto escolar. Na questão 6 pretendemos medir a atitude (comportamento) face à situação, as questões 9 e 10 a dimensão da turma. Com as questões 11 e 12, pretendemos saber que forma de

intervenção poderá trazer mais benefícios, bem como as estratégias/práticas a adoptar na presença de alunos com PHDA.

2.2 Fiabilidade das escalas do Questionário PH

No estudo da fiabilidade das diversas escalas do Questionário PHDA, procedemos à análise da consistência interna sempre que a escala assim o permitia. A análise descritiva de todo o instrumento de medida fará parte da 1ª secção dos resultados.

Apresentamos nesta secção as correlações dos itens constituintes de cada escala com o conjunto de itens avaliadores do elemento em análise nessa escala e o valor do coeficiente de consistência interna sem o item para cada elemento (i.e., o valor do *alpha* total sem o descritor). No Quadro 5 apresentam-se as correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de *Cronbach* sem os respectivos itens dos problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação. Verificamos que apenas o item 7 (Comportamentos de risco) baixa ligeiramente o valor da consistência do todo (que passaria para .749 caso a sua eliminação) e que o coeficiente de consistência interna encontrado é conveniente (α global = .73; Hill & Hill, 2000).

Quadro 5 - Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de *Cronbach* sem os respectivos itens dos problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação

Problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação	Correlação item-total	α total sem o item
1.Dificuldade na relação com os pares.	,434	,700
2.Pouca persistência e baixa motivação.	,307	,725
3.Comportamentos agressivos e de oposição.	,564	,667
4.Não aceitar e respeitar as regras.	,546	,678
5.Dificuldades de aprendizagem.	,638	,642
6.Baixa auto-estima.	,410	,705
7.Comportamentos de risco.	,240	,749
α global = .73		

No Quadro 6 indicamos o resultado da análise da consistência interna para a escala avaliadora da forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA. O α global é aceitável dado o reduzido número de itens, embora se sugira a eliminação do item 9 (Outros), por baixar consideravelmente a consistência global do todo.

Quadro 6 - Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de Cronbach sem os respectivos itens da forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA

<i>Forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α total sem o item</i>
1.Tratamento Multimodal (medicação, educação dos pais e do aluno sobre a o diagnóstico e orientações adicionais para serem aplicadas na escola e em casa).	,244	,639
2.Medicação associada a terapia cognitivo-comportamental.	,203	,651
3.Medicação.	,573	,547
4.Terapia familiar.	,486	,579
5.Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.	,376	,611
6.Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.	,467	,598
7.Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar (Prof. Titular de turma,	,337	,622
8.Apoio Educativo/Educação Especial	,410	,604
9.Outros	-,105	,710
α global = .65		

A análise da consistência interna da medida que avalia os efeitos da medicação em contexto escolar indica um bom valor de consistência devido ao reduzido número de itens, sendo todos estes indispensáveis para a boa consistência interna desta medida, conforme se pode observar no Quadro 7.

Quadro 7 - Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de *Cronbach* sem os respectivos itens dos efeitos da medicação em contexto escolar

<i>Efeitos da medicação em contexto escolar</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α total sem o item</i>
1.Melhoria da Atenção	,424	,597
2.Apatia	-,309	,839
3.Auto-controlo	,673	,506
4.Maior rendimento escolar	,657	,511
5.Diminuição de comportamentos de agressividade	,662	,524
6.Melhoria na relação com os pares	,547	,546
α global = .66		

A inspecção dos coeficientes *alpha de Cronbach* do Quadro 8 permitem-nos averiguar que, para a medida de avaliação das estratégias de intervenção em contexto escolar, a consistência interna se apresenta mais elevada ($\alpha = .86$). Não esqueçamos, no entanto, que esta medida engloba 38 itens avaliadores das estratégias e será esta escala a indicada para procedermos à análise da estrutura factorial, mediante realização de uma ACP (cf. secção seguinte). No que respeita à consistência interna de cada item, constatamos que nos encontramos perante excelentes indicadores de consistência interna, nenhum deles reduzindo a consistência do todo.

Quadro 8 - Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de *Cronbach* sem os respectivos itens das estratégias de intervenção em contexto escolar

<i>Estratégias de intervenção em contexto escolar</i>	<i>Correlação item-total</i>	<i>α total sem o item</i>
1.Sentar o aluno na primeira fila.	,139	,856
2.Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas).	,191	,855
3.Organização da sala de aula.	,206	,855
4.Ignorar pequenos comportamentos inadequados.	,316	,853
5.Verificar sempre se o aluno compreendeu as explicações ou instruções.	,386	,852
6.Utilizar o contacto visual não só como forma de controlo de comportamentos, mas também como forma de manter o ritmo de trabalho destes alunos.	,539	,848
7.Antes de iniciar uma actividade, dizer aos alunos quais os comportamentos adequados a utilizar no decorrer da mesma.	,373	,852
8.Chamar a atenção para a parte da aula mais importante.	,484	,849
9.Indicar ao aluno as palavras-chave que deve sublinhar no seu caderno.	,569	,847
10.Comunicar frequentemente as suas expectativas sobre a utilização do tempo disponível na sala de aula.	,413	,851
11.Dar tempo extra para a realização de tarefas.	,326	,853
12.Utilizar o reforço positivo, premiando a realização de tarefas.	,347	,852
13.Repreender comportamentos impróprios.	,362	,852
14.Utilizar instruções rápidas, curtas e bem direccionadas para cada tarefa.	,402	,851
15.Supervisionar frequentemente o trabalho.	,540	,849

16.Circular entre as carteiras, procurando fornecer <i>feedback</i> aos alunos.	,486	,849
17.Utilizar registos diários e/ou semanais do professor para o Encarregado de Educação.	,524	,847
18.Elaborar relatórios diários e semanais com objectivos específicos de comportamento e <i>feedback</i> como os mesmos foram alcançados.	,398	,851
19.Utilizar estratégias de controlo de comportamento (ex: se terminar o trabalho, poderá ter tempo livre).	,612	,845
20.Recorrer a um sistema de Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios).	,244	,855
21.Recorrer a um sistema de Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	,105	,858
22.Preparar um “canto” na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	,420	,850
23.Elaborar um contrato de contingências (comportamental).	,410	,851
24.Utilizar estratégias de custo de resposta (ex: perder 5 minutos de intervalo, por cada trabalho não realizado).	,419	,850
25. Implementar consequências para a turma e para o grupo (ex: actividade especial para todos, se a turma se portar bem).	,360	,852
26.Recorrer ao <i>time-out</i> (tempo de afastamento da turma).	,424	,850
27.Envia o aluno para o Gabinete do Director.	,376	,852
28.Colocar lembretes na carteira do aluno (ex: permanecer sentado, escrito no cartão, colocado na mesa do estudante).	,343	,852
29.Promover competências sociais, de forma individual ou em pequeno grupo.	,243	,854
30.Utilizar estratégias de auto-monotorização, auto-avaliação e auto-controlo.	,437	,850
31.Recorrer a um Tutor.	,440	,850
32.Transmitir ao Encarregado de Educação quais os trabalhos escolares que o aluno tem de efectuar em casa.	,006	,860
33.Transmitir/notificar os Encarregados de Educação quando há trabalhos de casa atrasados.	,038	,858
34.Informar o aluno previamente das datas de avaliação.	,321	,853
35.Aplicar o regulamento disciplinar da Escola (ex: normas de conduta e procedimentos disciplinares).	,243	,855
36.Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para a avaliação esse comportamento.	,365	,852

37. Informar o Encarregado de Educação do mau comportamento do aluno.	,169	,856
38. Ameaçar o aluno (ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	,012	,861

α global = .86

2.3 Validade de constructo das estratégias de intervenção em contexto escolar

A análise da validade de constructo de um instrumento de medida pressupõe o estudo da dimensionalidade do mesmo. A análise factorial realizada para a medida das estratégias de intervenção em contexto escolar, mediante análise em componentes principais (ACP), possibilita o estudo da validade das variáveis constituintes de cada factor (ou componente), na medida em que, avaliando a correlação existente entre estas, informa até que ponto respeitam a um mesmo factor ou dimensão.

Na presente investigação, as restantes medidas do questionário não serão analisadas através da ACP, dado não se justificar devido ao número reduzido de itens ou à forma de resposta solicitada (por ex., assinale as 5 estratégias que considera mais relevantes). Passamos a apresentar os resultados da análise factorial de componentes principais (ACP, *Principal Component Analysis*) com rotação VARIMAX para a medida das estratégias de intervenção em contexto escolar.

Em primeiro lugar, certificámo-nos que cumpríamos os requisitos necessários a uma interpretação fiável da ACP: a matriz de intercorrelações difere da matriz de identidade [o teste de Bartlett indica um $\chi^2(703) = 1965.85$, $p < .001$] e a amostragem revela-se adequada, já que o valor obtido para a medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) é superior a .70 (obtemos um valor de KMO = .734).

De acordo com o resultado do *scree plot* (cf. Gráfico 1) optámos por uma solução forçada a 7 factores, todos com *eigenvalue* superior à unidade, dado ser esta a estrutura factorial com maior significado. A estrutura é responsável por 57.77% da variabilidade total, explicando o primeiro factor 19.24% da variabilidade total, o segundo 9.07%, o terceiro 6.79%, o quarto 6.28%, o quinto 6.08%, o sexto 5.41% e, por último, o sétimo factor 4.91%.

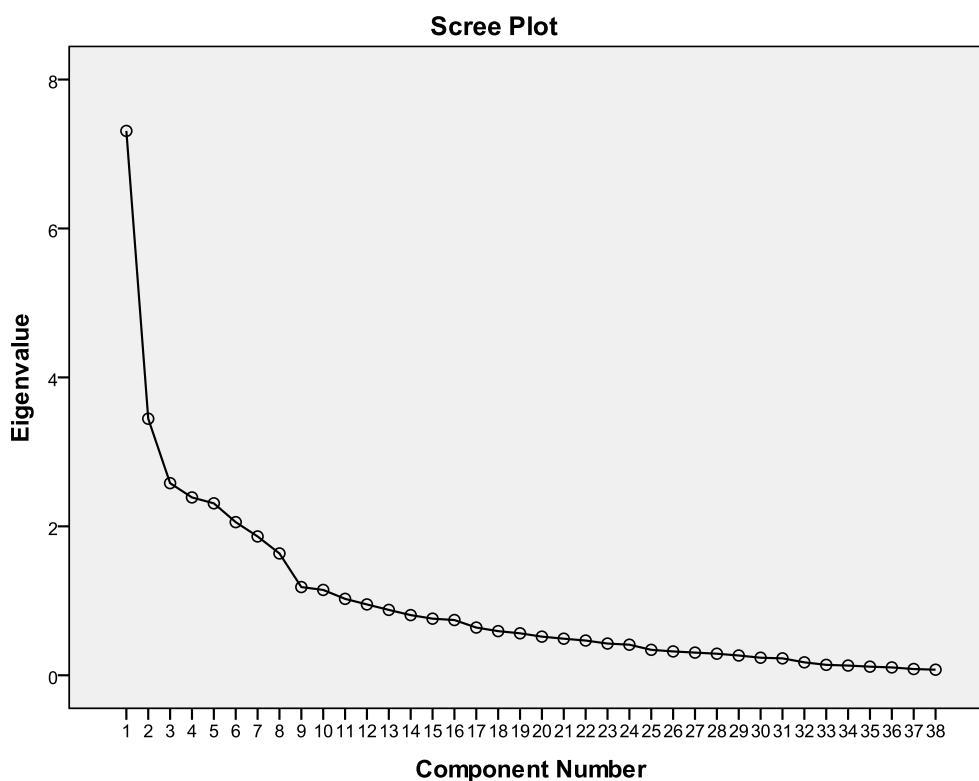


Gráfico 1- Extracção de componentes principais: resultados do teste de Scree

As saturações factoriais e as comunalidades de cada um dos factores considerados são expostas no Quadro 9 e encontram-se dispostas por ordem decrescente em cada factor. Todos os descritores saturam o respectivo factor acima de 40. O factor 1 (F1) agrega essencialmente os itens referentes a estratégias comportamentais referentes à PHDA, pelo que decidimos designá-lo por “Estratégias comportamentais: registos, *feedback*, controlo, reforço e direccionamento”. O segundo (F2) reúne os itens cujo foco se prende com o aluno, pelo que adoptámos a designação de “Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção. Já o Factor 3 (F3) engloba os itens avaliadores da implementação de estratégias de modificação comportamental, pelo que o designámos de “Estratégias de modificação comportamental: *time-out* e recurso a superiores hierárquicos”. O Factor 4 (F4) é saturado pelos itens referentes a “Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar”. O Factor 5 (F5) apresenta uma constelação de itens referentes a “Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta”. O Factor 6 (F6) trata da “Dinâmica da sala de aula: regras e organização. Por último, o Factor 7 (F7) avalia os “Trabalhos escolares e a promoção de competências sociais”.

Quadro 9 - Estratégias de intervenção em contexto escolar: correlação dos itens com os factores e comunalidades (h^2) para a solução com sete factores (F1 a F7*; rotação VARIMAX)

Itens das estratégias de intervenção em contexto escolar	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	h^2
17.Utilizar registos diários e/ou semanais do professor para o Encarregado de Educação.	,773	,018	,210	-,071	,128	-,088	-,001	,671
18.Elaborar relatórios diários e semanais com objectivos específicos de comportamento e <i>feedback</i> como os mesmos foram alcançados.	,699	,149	,042	-,206	,037	-,081	-,009	,563
12.Utilizar o reforço positivo, premiando a realização de tarefas.	,664	-,105	-,014	,312	-,035	,020	-,264	,621
6.Utilizar o contacto visual não só como forma de controlo de comportamentos, mas também como forma de manter o ritmo de trabalho destes alunos.	,650	,390	,086	,007	-,192	,241	,011	,677
19.Utilizar estratégias de controlo de comportamento (ex: se terminar o trabalho, poderá ter tempo livre).	,649	,244	,145	,128	,349	-,099	-,122	,665
15.Supervisionar frequentemente o trabalho.	,631	,325	,016	-,042	,049	,166	,172	,565
23.Elaborar um contrato de contingências (comportamental).	,583	,012	,077	-,140	,394	-,068	,116	,539
14.Utilizar instruções rápidas, curtas e bem direccionadas para cada tarefa.	,576	,227	,009	,094	-,172	,118	-,043	,437
30.Utilizar estratégias de auto-monotorização, auto-avaliação e auto-controlo.	,542	-,007	-,195	,327	,280	,205	,242	,617
5.Verificar sempre se o aluno compreendeu as explicações ou instruções.	,522	,383	-,068	-,061	-,261	,364	,040	,629
16.Circular entre as carteiras, procurando fornecer <i>feedback</i> aos alunos.	,487	,178	,151	,134	,085	,013	,291	,402
10.Comunicar frequentemente as suas expectativas sobre a utilização do tempo disponível na sala de aula.	,201	,666	,005	-,092	,098	,147	,144	,544
11.Dar tempo extra para a realização de tarefas.	,123	,655	-,186	,049	,198	,175	-,171	,580
8.Chamar atenção para a parte da aula mais importante.	,219	,628	,246	,144	-,007	-,059	,114	,541
13.Repreender comportamentos impróprios.	,134	,607	-,058	,349	-,026	,026	,014	,513
9.Indicar ao aluno as palavras-chave que deve sublinhar no seu caderno.	,537	,594	,178	,032	-,118	-,093	,057	,699

27.Enviar o aluno para o Gabinete do Director.	,032	,188	,766	,008	-,056	-,018	,111	,639
28.Colocar lembretes na carteira do aluno (ex: permanecer sentado, escrito no cartão, colocado na mesa do estudante).	,106	-,033	,742	-,108	,097	,049	,244	,646
26.Recorrer ao <i>time-out</i> (tempo de afastamento da turma).	,200	-,058	,678	,203	-,041	,171	,049	,578
22.Preparar um “canto” na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	,045	,367	,568	,013	,267	-,046	-,174	,563
38.Ameaçar o aluno (ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	-,322	-,212	,558	,315	,105	-,182	-,019	,603
31.Recorrer a um Tutor.	,427	-,037	,527	,008	,053	,081	-,116	,485
35.Aplicar o regulamento disciplinar da Escola (ex: normas de conduta e procedimentos disciplinares).	,044	,055	-,005	,769	,031	,073	-,056	,607
37.Informar o Encarregado de Educação do mau comportamento do aluno.	-,068	-,022	-,023	,726	,009	,096	,195	,579
36.Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para a avaliação esse comportamento.	,127	,260	,266	,631	,043	-,258	-,237	,677
34.Informar o aluno previamente das datas de avaliação.	,025	,271	,081	,430	,177	-,028	,032	,298
20.Recorrer a um sistema de Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios).	,052	,118	-,038	,038	,782	,030	-,014	,633
25. Implementar consequências para a turma e para o grupo (ex: actividade especial para todos, se a turma se portar bem).	,175	-,035	,097	,168	,690	,095	,180	,587
21.Recorrer a um sistema de Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	-,391	,303	,313	-,105	,561	,024	-,016	,669
24.Utilizar estratégias de custo de resposta (ex: perder 5 minutos de intervalo, por cada trabalho não realizado).	,271	-,051	,313	,362	,403	,057	-,242	,530
2.Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas)	,058	-,021	,049	-,082	,163	,791	,104	,676
3.Organização da sala de aula.	-,081	,057	,046	,256	,121	,753	-,021	,660
1.Sentar o aluno na primeira fila.	,121	,109	-,037	,021	-,203	,696	-,047	,556
4.Ignorar pequenos comportamentos inadequados.	-,011	,400	,237	-,114	,169	,443	-,100	,464
32.Transmitir ao Encarregado de Educação quais os trabalhos escolares que o aluno tem de efectuar em casa.	-,104	-,037	,043	,016	,041	-,163	,760	,620

29.Promover competências sociais, de forma individual ou em pequeno grupo.	,146	,095	,029	-,008	,128	,114	,666	,505
7.Antes de iniciar uma actividade, dizer aos alunos quais os comportamentos adequados a utilizar no decorrer da mesma.	,314	,326	,218	,016	-,342	,033	,481	,602
33.Transmitir/notificar os Encarregados de Educação quando há trabalhos de casa atrasados.	-,158	-,181	,079	,457	-,129	,118	,460	,515

* *Legenda* F1: Estratégias comportamentais: registos, *feedback*, controlo, reforço e direccionamento; F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção; F3: Estratégias de modificação comportamental: *time-out* e recurso a superiores hierárquicos; F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar; F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta; F6: Dinâmica da sala de aula: regras e organização e F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais.

O Quadro 10 indica-nos as pontuações médias (M), valores mínimos (Mín) e máximo (Max) das correlações inter-item e coeficientes de consistência interna α de *Cronbach* para os sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar. Conforme podemos observar, atendendo ao reduzido número de itens que compõe os últimos factores, os valores do coeficiente de consistência interna são bastante favoráveis.

Quadro 10 - Pontuações médias (M), valores mínimo (Mín) e máximo (Max) das correlações inter-item e coeficientes de consistência interna α de *Cronbach* para os sete factores da escala Estratégias de Intervenção em contexto escolar

Estratégias de intervenção em contexto escolar	n.º de itens	Correlações inter-item			α de <i>Cronbach</i>
		M	Mín.	Máx.	
F1: Estratégias comportamentais: registos, <i>feedback</i> , controlo, reforço e direccionamento	11	,373	,127	,727	,863
F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção	5	,394	,263	,531	,766
F3: Estratégias de modificação comportamental: <i>time-out</i> e recurso a superiores hierárquicos	6	,246	-,078	,583	,651
F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar	4	,354	,282	,465	,682
F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta	4	,327	,160	,505	,658

F6: Dinâmica da sala de aula: regras e organização	4	,341	,204	,595	,638
F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais	44	,260	,179	,317	,586

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

Neste capítulo serão apresentados os resultados quanto à distribuição das variáveis relativas à formação profissional e prática dos docentes segundo algumas das variáveis sócio-demográficas em análise. Seguidamente, são expostos os resultados por rubricas que visam dar respostas às questões de investigação apresentadas na metodologia do estudo e segue a estrutura do questionário.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa *SPSS*, versão 19.0, para o sistema operativo *Windows*. Iniciamos com a apresentação das estatísticas descritivas e prosseguimos para as estatísticas inferenciais. Na apresentação dos resultados do estudo empírico, dada a multiplicidade de referências bibliográficas que nos permitiram fundamentar as análises estatísticas realizadas, optámos por indicá-las seguidamente, na sua globalidade. Utilizámos para *adaptação e validação de escalas de medida* as referências bibliográficas Fink (1995), John e Benet-Martínez (2000) e Rosenthal e Rosnow (1984). Para *estatísticas descritivas e análise exploratória de dados* baseámo-nos em Howell (1997) e Kiess e Bloomkist (1985). Na *análise da consistência interna* recorremos a Nunnally (1978) e Spector (1992). Para as *análises da correlação* consultámos Cohen e Cohen (1983), Howell (1997), Neale e Liebert (1986) e Rosenthal e Rosnow (1984). Nas *análises multivariadas da variância* centrámo-nos em Stevens (1996) e em Tabachnick e Fidell (2001). Por último, para a questão das *medidas em psicologia e critérios de selecção de técnicas de análise de dados* centrámo-nos em Andrews, Klem, Davidson e Brewer (2000) e Kenny, Kashy e Bolger (1998).

3.1 Da (in)formação à prática dos docentes em PHDA

No Quadro 11 representam-se e discriminam-se por género os efectivos do tipo de formação anterior que os docentes detêm sobre a PHDA: Nenhuma formação; Inserida no curso de formação inicial; decorrente de Conferências e leituras; derivada de Acções de formação ou cursos pontuais; e adquirida em Pós-graduação/especialização/Mestrado/ Doutoramento.

Quadro 11- Tipo de formação anterior sobre a PHDA em função do género dos docentes

Tipo de formação anterior sobre a PHDA:	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma formação	1	1.0	25	24.5	26	25.5
Inserida no curso de formação inicial	6	5.9	8	7.8	14	13.7
Conferências e leituras	8	7.8	35	34.3	43	42.2
Ações de formação ou cursos pontuais	1	1.0	5	4.9	6	5.9
Pós-graduação/especialização/Mestrado/Doutoramento	0	0.0	13	12.7	13	12.7

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o género dos docentes e o tipo de formação: $\chi^2(4) = 13.27$, $p = .01$. Conforme pode observar-se no Gráfico 2, as professoras assinalam mais que não possuem formação sobre a PHDA, ao passo que os professores indicam mais ter informação decorrente de uma Pós-graduação, especialização, Mestrado ou Doutoramento, daí as pontuações mais elevadas para o sexo masculino no referente à informação inserida no curso de formação inicial.

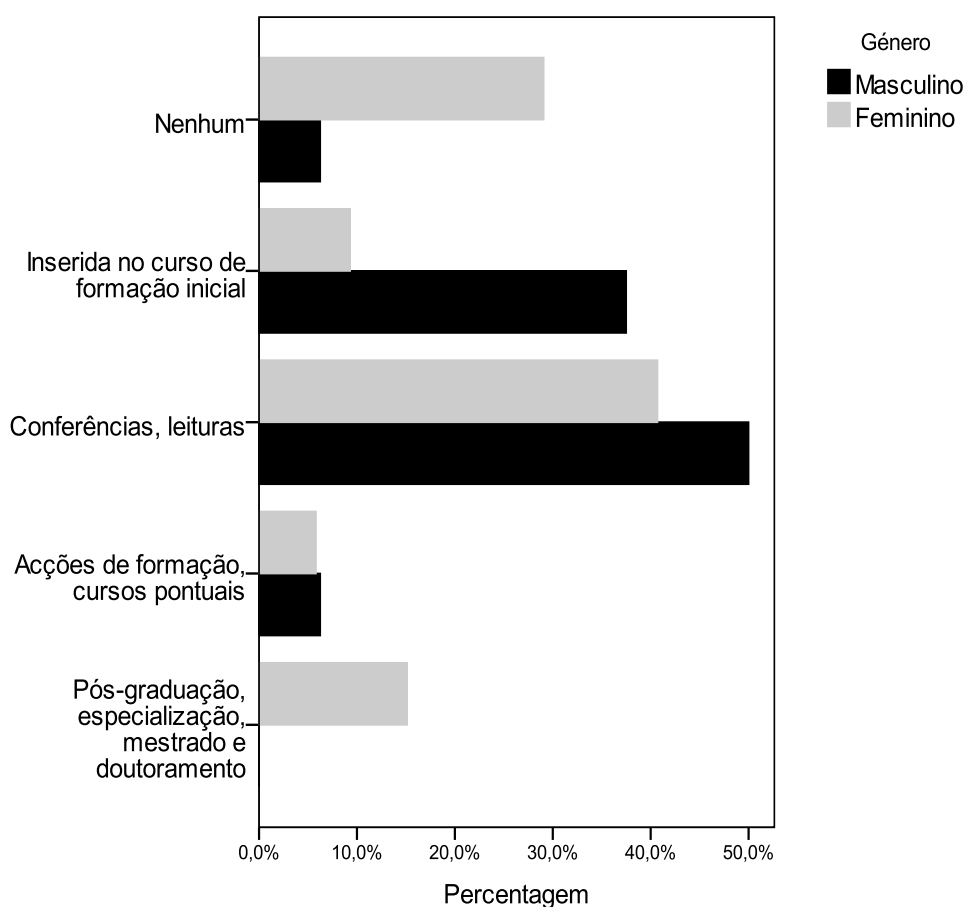


Gráfico 2 - Tipo de formação anterior sobre a PHDA em função do género dos docentes: percentagens

As questões referentes ao Grau de informação anterior sobre PHDA e ao Grau de experiência para lidar com alunos com PHDA? (0 - nenhuma; 1 - Pouca; 2 – Moderada e 3 - Muita) indicam-nos que tanto uma como outra são baixas, embora os docentes pontuem mais no grau de experiência relativamente ao grau de informação: $t(102) = -1.86$, $p = .06$ (cf. Quadro 12). Não encontramos qualquer diferença de género.

Quadro 12 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros-padrão do grau de informação e experiência para lidar com a PHDA

	Mín.	Máx.	M	DP
Grau de informação anterior sobre PHDA	0	3	1,18	0,737
Grau de experiência para lidar com alunos com PHDA	0	3	1,33	0,650

No Gráfico 3 indicam-se os efectivos do grau de informação sobre a PHDA cruzado com o nível de experiência para lidar com a PHDA. Conforme pode visualizar-se, muitos dos docentes que indicavam não possuir qualquer tipo de informação prévia sobre esta perturbação indicam possuírem muita experiência para lidar com alunos com PHDA. Curiosamente, os que assinalam muita informação não indicam possuir experiência para lidar com esta perturbação.

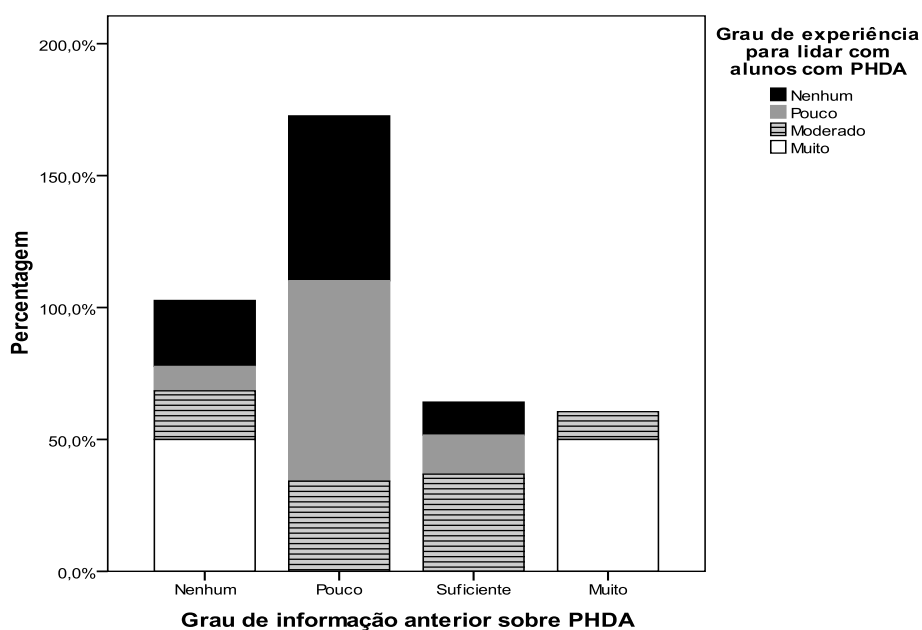


Gráfico 3 - Grau de informação sobre a PHDA em função do grau de experiência para lidar com a PHDA: percentagens.

Quando questionamos os docentes se na sua formação inicial (incluindo estágio pedagógico) frequentaram alguma disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA, 74 (72.5%) respondeu negativamente, ao passo que apenas 28 (27,5%) responderam afirmativamente. Não encontramos diferenças de género. Já no referente ao facto de o docente ter ou ter tido alunos com diagnóstico PHDA na sua sala, constatamos que 20 (19.6%) indicam não ter tido, ao passo que 82 (80.4%) assinalam que têm ou já tiveram. As disparidades são bem visíveis no Gráfico 4.

Em relação à média de alunos com PHDA que o docente já teve, o valor de 1.72 (DP = 1.56) oscila entre um mínimo de 1 e um máximo de 10 alunos.

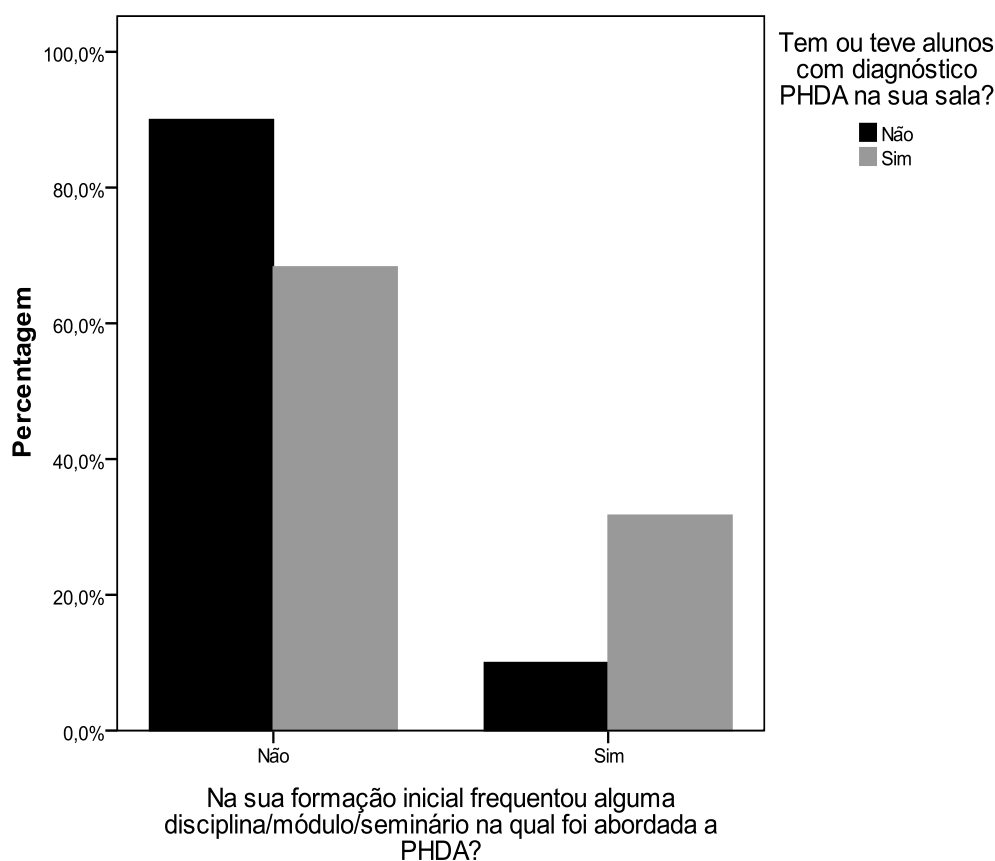


Gráfico 4 - Frequência de disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA em função de ter ou ter tido alunos com diagnóstico de PHDA em sala de aula: percentagens

Indicam-se no Quadro 13 as frequências das 7 questões referentes à leccionação e tipo de formação dos docentes em PHDA, cujas percentagens se representam no Gráfico 5.

Quadro 13 - Frequências observadas e relativas referentes à leccionação e tipo de formação dos docentes em PHDA

Leccionação e tipo de formação dos docentes em PHDA - Questões	Não		Sim	
	n	%	n	%
1. Já leccionou em turmas com alunos com PHDA efectivamente diagnosticada por especialistas?	28	27.5	74	72.5
2. Já leccionou em turmas com alunos com PHDA que identificou, mas sem estarem diagnosticadas por especialista?	34	33.3	68	66.7
3. Já recorreu a psicólogos escolares para determinarem as necessidades dos alunos com PHDA?	37	36.3	65	63.7
4. Na sua opinião, tem o Agrupamento de Escolas o número suficiente de psicólogos que permita um acompanhamento efectivo da evolução dos alunos?	99	97.1	33	2.9
5. Na sua formação inicial, adquiriu conhecimentos minimamente suficientes para suspeitar que um aluno tem PHDA?	80	78.4	22	21.6
6. Na sua formação contínua (cursos, acções de formação, mestrados), adquiriu conhecimentos minimamente suficientes para suspeitar que um aluno tem PHDA?	61	59.8	41	40.2
7. Na sua formação contínua (cursos, acções de formação, mestrados), treinou competências para leccionar eficazmente em turmas com alunos com PHDA?	87	85.3	15	14.7

Conforme pode observar-se, a presença de alunos com PHDA nas turmas leccionadas pelos docentes é significativamente superior à formação adquirida pelos docentes para lidar com problemas desta natureza.

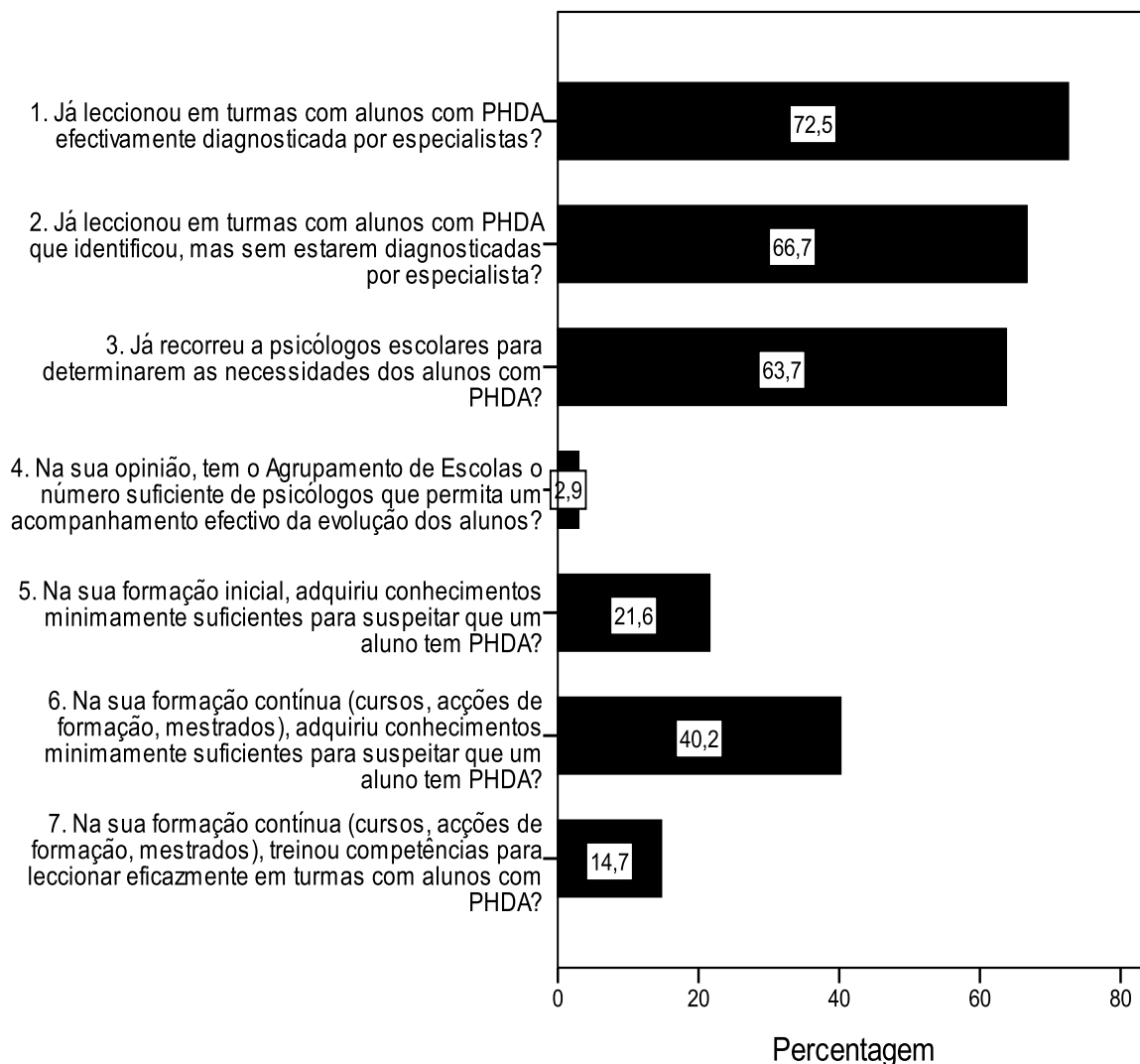


Gráfico 5 - Percentagens de respostas afirmativas às questões referentes à leccionação e tipo de formação dos docentes em PHDA

Quando questionamos os professores inquiridos sobre se turmas com um menor número de alunos proporcionam ou não um maior apoio individualizado ao aluno com PHDA, numa escala de cinco pontos (inversão da escala de medida; 1 = Discordo Totalmente e 5 = Concordo Totalmente), a pontuação média (M) atinge quase a opção máxima da escala, sendo de $M = 4.91$ e $DP = 0.29$. Existe consenso entre a opinião dos docentes do sexo masculino e feminino, $t(100) = -0.56$, $p = .58$, tendo sido apenas seleccionadas duas opções de resposta, Concordo Parcialmente e Concordo Totalmente.

Questionados sobre a dimensão que os docentes consideram ideal para uma turma de crianças com PHDA, emerge como mais frequente a opção de uma turma constituída de 11 a 16 alunos, com 62 respostas (60.8%). Segue-se a opinião de turmas constituídas até 10 alunos (22 respostas, correspondentes a 21.6%) e, por último, de turmas formadas por 17 a 20 alunos (18 respostas, correspondentes a 17.6%). Nenhum dos respondentes optou pela possibilidade de as turmas integrarem 21 a 28 alunos. O Gráfico 6 apresenta as frequências relativas das opções de resposta assinaladas quanto à dimensão recomendada para uma turma de crianças com PHDA.

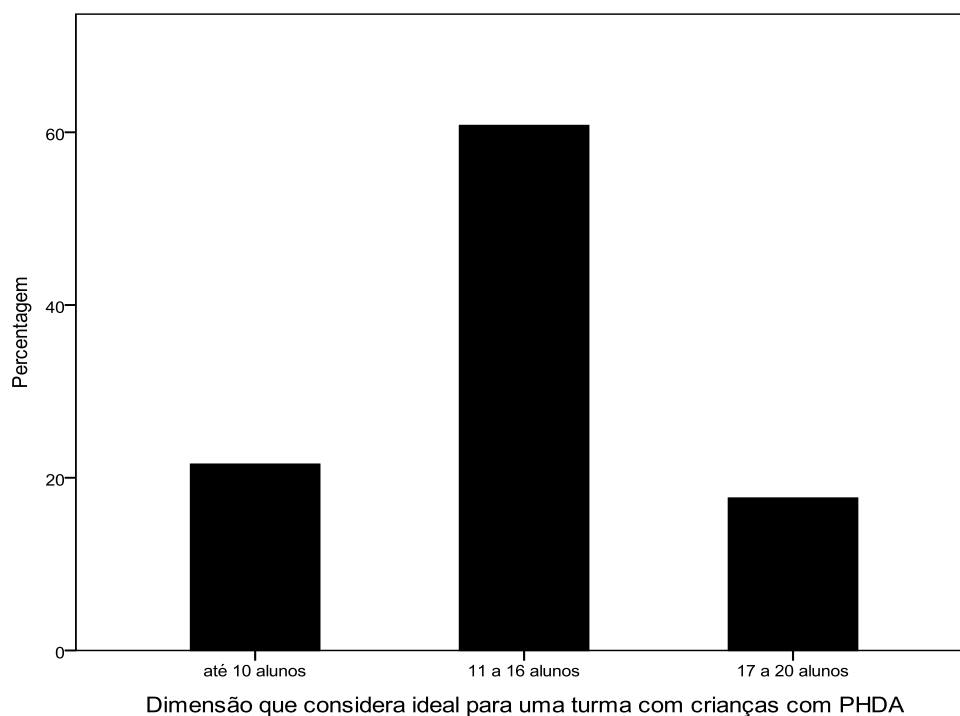


Gráfico 6 – Dimensão ideal para uma turma de crianças com PHDA: efectivos relativos

3.2 Características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar

Atendendo à frequência de docentes que têm ou já tiveram em sala de aula alunos com diagnóstico de PHDA, constatamos que 82 docentes (80.4%) respondem afirmativamente, ao passo que apenas 20 (19.6%) responderam negativamente.

Quadro 14 - Características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar em função do género dos docentes

Características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar	Género dos docentes					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1-Com frequência, não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou lúdicas.	8	7.8	35	34.3	43	42.2
2-Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas e actividades.	12	11.8	68	66.7	80	78.4
3-Parece ouvir quando se lhe dirige a palavra.	0	0.0	3	2.9	3	2.9
4-Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares (sem comportamentos de oposição ou por dificuldades de incompreensão das instruções).	6	5.9	43	42.2	49	48.01
5-Tem dificuldade em organizar actividades ou tarefas.	8	7.8	28	27.5	36	35.3
6-Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental permanente (trabalhos escolares).	8	7.8	28	27.5	36	35.3
7- Perde objectos necessários a tarefas e actividades (por exemplo: lápis, caderno, livros, exercícios escolares, fichas de trabalho, ou ferramentas).	5	4.9	24	23.5	29	28.4
8- Distraí-se facilmente com estímulos irrelevantes.	5	4.9	52	51.0	57	55.9
9-Esquece-se das actividades quotidianas.	1	1.0	4	3.9	5	4.9
10- Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	7	6.9	32	31.4	39	38.2
11-Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que esteja sentado.	1	1.0	31	30.4	32	31.4
12-Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	4	3.9	22	21.6	26	25.5
13-Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	0	0.0	5	4.9	5	4.9
14- Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	10	9.8	33	32.4	43	42.2
15- Fala excessivamente.	4	3.9	20	19.6	24	23.5

Questionámos os docentes sobre as características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar em função do género dos docentes. Segundo as opiniões dos inquiridos do género masculino como feminino, as características que mais perturbam são: 1) “dificuldade em manter a atenção em tarefas e actividades”; 2) “a distracção fácil com estímulos irrelevantes”; 3) “andar ou actuar como se estivesse sempre ligado “a um motor”; 4) “ não seguir as instruções e não terminar os trabalhos escolares” (sem comportamentos de oposição ou por dificuldades de incompreensão das instruções); e por último, 5) “não prestar atenção suficiente aos pormenores ou cometer erros por descuido nas tarefas escolares, e/ou lúdicas”. No Quadro 14 podem consultar-se as características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar em função do género dos docentes, por sua vez representadas graficamente no Gráfico 7.

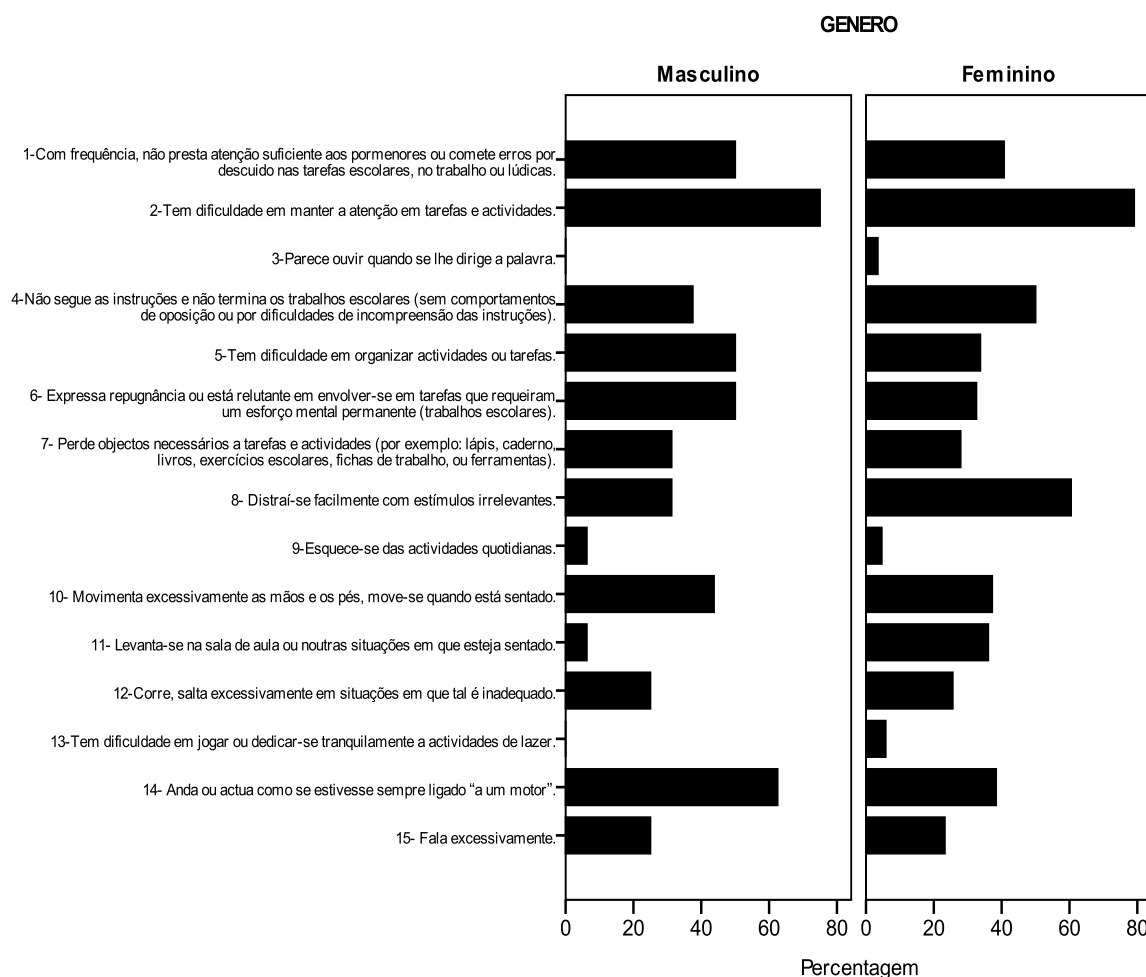


Gráfico 7- Percentagens das características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar em função do género dos docentes

Seguidamente, avaliámos os problemas associados à PHDA que considera provocarem maior desadaptação. No Quadro 15 apresentam-se os valores mínimos (mín.) e máximo (Max.), as pontuações médias (M), os desvios (DP) e os erros padrão (EP) para cada um dos itens avaliadores dos problemas.

Quadro 15 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão do tipo de problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação

	Mín.	Máx.	M	DP	EP
Problemas que provocam maior desadaptação					
1.Dificuldade na relação com os pares.	1	5	3,56	1,10	0,11
2.Pouca persistência e baixa motivação.	1	5	4,15	0,86	0,09
3.Comportamentos agressivos e de oposição.	1	5	3,86	0,99	0,10
4.Não aceitar e respeitar as regras.	1	5	4,14	0,83	0,08
5.Dificuldades de aprendizagem.	1	5	3,53	1,16	0,11
6.Baixa auto-estima.	1	5	3,15	0,87	0,09
7.Comportamentos de risco.	1	5	3,31	1,11	0,11

Em relação às medidas de tendência central, constata-se que todos os valores obtidos superam o ponto intermédio da escala (moderadamente frequente), o que nos leva a inferir que os docentes inquiridos revêem muito os alunos nos enunciados dos itens. No que concerne à medida de tendência central de cada item em questão, a pontuação média mais elevada corresponde aos itens 2 (Pouca persistência e baixa motivação) e 4 (Não aceitar e respeitar as regras), ao passo que a de valor mais baixo corresponde ao item 6 (Baixa auto-estima). No Gráfico 8 pode visualizar-se a representação gráfica das pontuações médias.

Relativamente às medidas de dispersão ou variabilidade, calculadas pelo desvio-padrão dos respectivos itens, constatamos que os valores rondam a unidade da escala de medida, sendo a dispersão mais elevada ao nível dos Comportamentos de risco (item 7) e da Dificuldade na relação com os pares (item 1). Os erros padrão associados a cada item são baixos, conforme pode visualizar-se no Quadro 15.

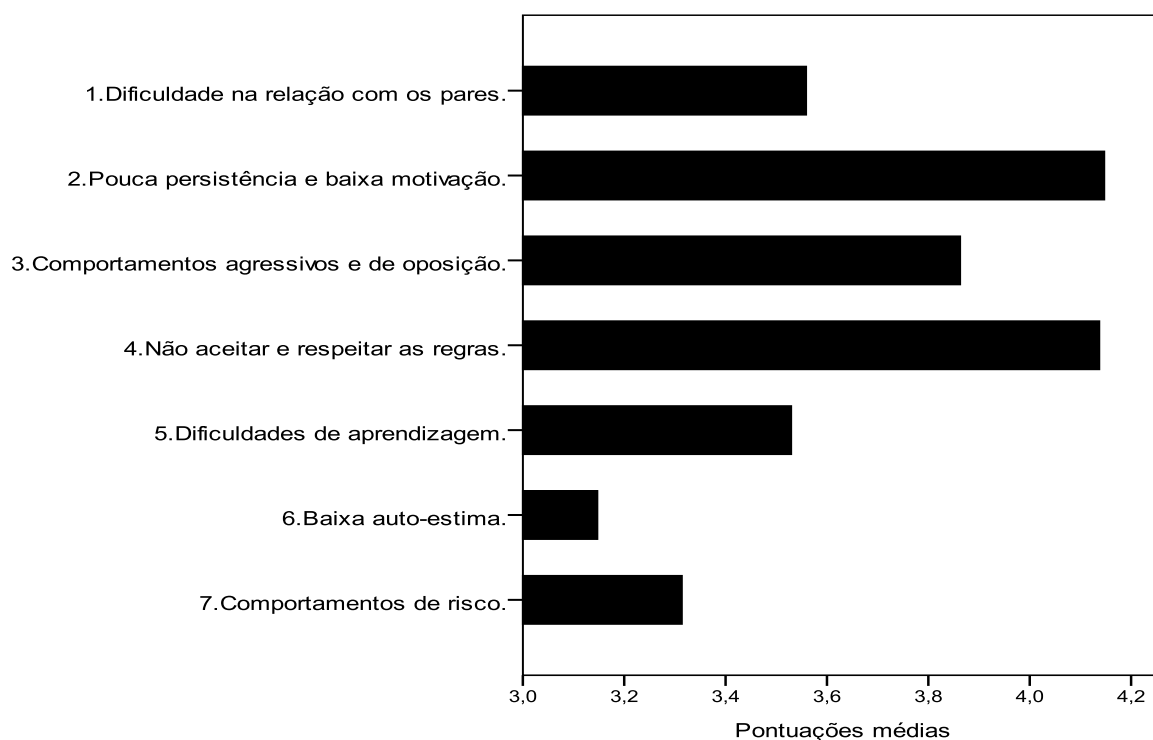


Gráfico 8 - Pontuações médias do tipo de problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação

A análise comparativa em função do género dos docentes não mostrou a existência de quaisquer diferenças ao nível das percepções do tipo de problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação. A análise dos coeficientes de correlação de *Pearson*, atendendo à idade dos docentes, mostra apenas uma associação estatisticamente significativa para o primeiro item (Dificuldade na relação com os pares, $r = 0.261$, $p = .008$).

3.3 Possibilidades de intervenção e profissionais indicados para a realização do diagnóstico da PHDA

Abordámos os inquiridos sobre o que pode fazer o(a) professor(a) quando tem um aluno com PHDA na sala de aula. Ordenando as opções desde a mais importante (1) para a menos importante (11), seguem-se os resultados obtidos. Após inversão da escala de medida, as pontuações mais elevadas são atribuídas às estratégias consideradas mais importantes (ordem 1), ao passo que as mais reduzidas correspondem às

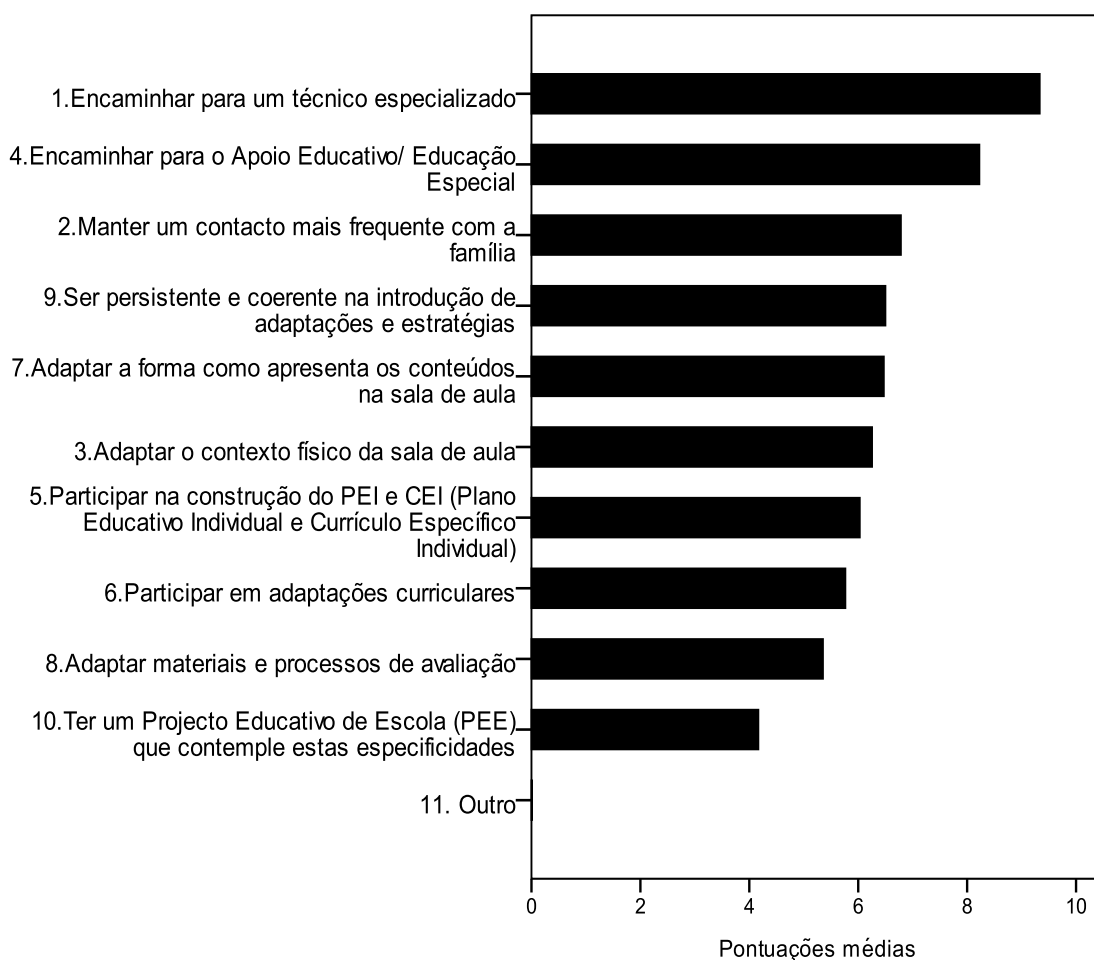
possibilidades consideradas menos interessantes ou viáveis (ordem 11), conforme ilustra o Quadro16 e representa o Gráfico 9.

Quadro 16 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão das possibilidades eleitas de intervenção ao alcance dos professores quando têm uma criança com PHDA na sala de aula

	Ordem	Mín.	Máx.	M	DP	EP
Possibilidades						
1.Encaminhar para um técnico especializado	1	2	11	9,33	2,81	0,28
4.Encaminhar para o Apoio Educativo/ Educação Especial	2	2	11	8,23	2,42	0,24
2.Manter um contacto mais frequente com a família	3	2	11	6,78	2,78	0,28
9.Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	4	2	11	6,50	2,71	0,27
7.Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	5	2	11	6,47	2,01	0,20
3.Adaptar o contexto físico da sala de aula	6	2	10	6,25	2,38	0,24
5.Participar na construção do PEI e CEI (Plano Educativo Individual e Currículo Específico Individual)	7	2	11	6,03	2,51	0,25
6.Participar em adaptações curriculares	8	2	10	5,76	2,19	0,22
8.Adaptar materiais e processos de avaliação	9	2	10	5,35	2,16	0,21
10.Ter um Projecto Educativo de Escola (PEE) que contemple estas especificidades	10	2	11	4,17	3,18	0,31
11. Outro	11	0	1	0,01	0,10	0,01

A estratégia mais comum prende-se com o encaminhamento da criança para um técnico especializado, seguindo-se o encaminhamento para o Apoio Educativo/ Educação Especial. Para além de outras possibilidades que nenhum dos inquiridos especificou, a menos indicada respeita a ter um Projecto Educativo de Escola (PEE) que contemple as especificidades das crianças com PHDA.

Gráfico 9 - Pontuações médias das possibilidades eleitas de intervenção ao alcance dos professores quando têm uma criança com PHDA na sala de aula



Na opinião dos professores, os profissionais em condições para realizar o diagnóstico da PHDA são os médicos ou neuropsiquiatras, seguidos dos psicólogos. Os menos indicados são os professores, conforme pode observar-se no Quadro 17. A representação gráfica consta no Gráfico 10.

Quadro 17 - Tipo de profissionais indicados para a realização do diagnóstico da PHDA

Profissionais	Não indicado		Indicado	
	n	%	n	%
1. Professor	70	68.6	32	31.4
2. Professor de Educação Especial	60	58.8	42	41.2
3. Psicólogo	32	31.4	70	68.6
4. Médico/Neuropsiquiatra	11	10.8	91	89.2
5. Outro	102	100.0	0	0.0

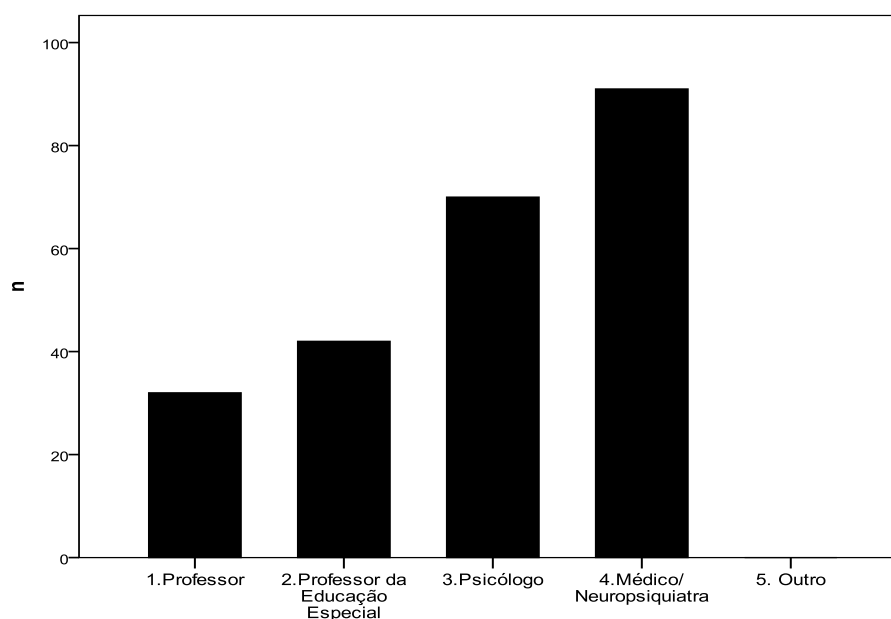


Gráfico 10 - Tipo de profissionais indicados para a realização do diagnóstico da PHDA

3.4 Estratégias de intervenção e respectivos efeitos

Considerando as opiniões sobre a forma de intervenção terapêutica que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA, questionámos os professores sobre um leque variado de possibilidades, cujas estatísticas descritivas se indicam no Quadro 18.

Quadro 18 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão da forma de intervenção terapêutica que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA

	Mín.	Máx.	M	DP	EP
Forma de intervenção terapêutica					
1.Tratamento Multimodal (medicação, educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações adicionais para serem aplicadas na escola e em casa).	2	5	4,65	0,64	0,06
2.Medicação associada a terapia cognitivo-comportamental.	1	5	3,75	0,91	0,09
3.Medicação.	1	5	3,42	1,19	0,12
4.Terapia familiar.	1	5	3,91	1,05	0,10
5.Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.	1	5	3,63	0,88	0,09
6.Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.	3	5	4,39	0,72	0,07
7.Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar (Prof. Titular de turma, psicólogo, médico, professor da Educação Especial, Terapeuta da Fala e técnicos especializados).	1	5	4,63	0,74	0,07
8.Apoio Educativo/Educação Especial	1	5	4,41	0,86	0,09
9.Outros	0	5	0,15	0,85	0,084

Conforme pode observar-se no Quadro 18 e no Gráfico 11, todos os tratamentos indicados acolhem índices de resposta acima do ponto intermédio da escala. A análise comparativa indica o Tratamento Multimodal como um dos preferidos, consistindo na aplicação de medicação, educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações adicionais para serem aplicadas na escola e em casa. A outra estratégia mais indicada prende-se com a Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar, tal como um professor titular de turma, um psicólogo, um médico, um professor da educação especial, um terapeuta da fala e técnicos especializados. O Apoio Educativo/Educação Especial acolheu também pontuações elevadas. Entre os tratamentos descritos, o menos indicado prende-se com a medicação, seguindo-se as técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.

Uma vez mais, não se verificaram diferenças de género nesta matéria o que mostra uma homogeneidade de entendimento entre os docentes nas formas de intervenção que consideram trazer maiores benefícios para a criança com este tipo de perturbação.

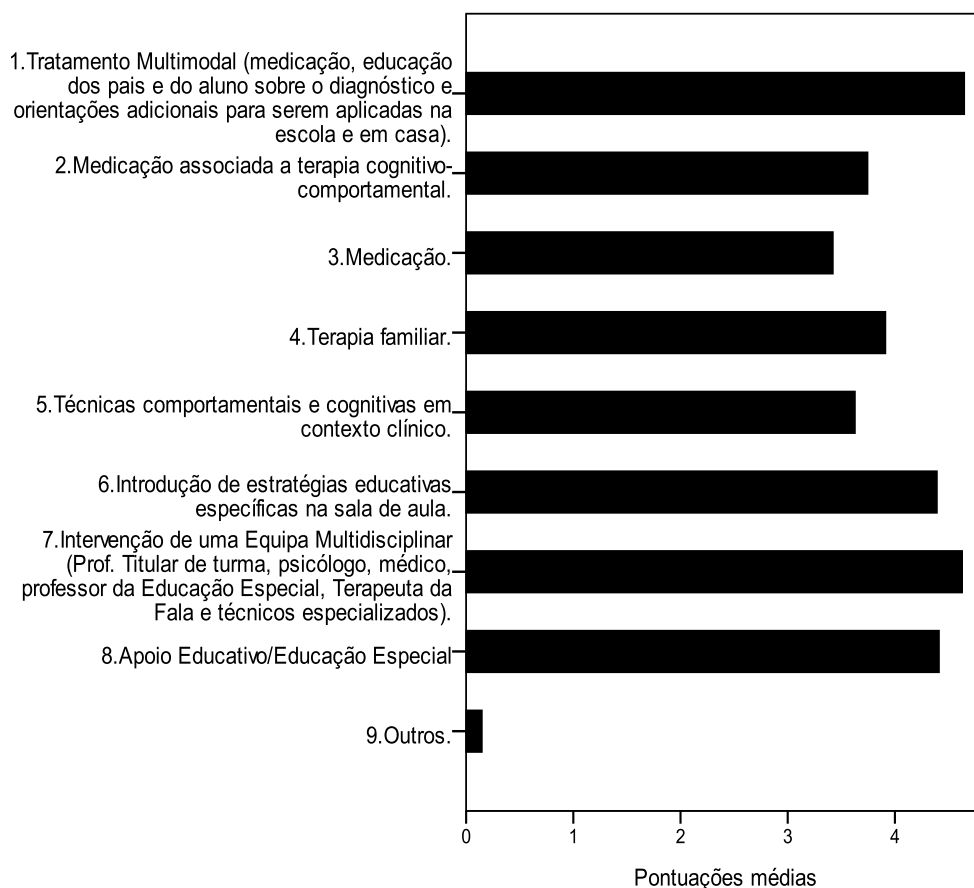


Gráfico 11- Intervenção terapêutica que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA: pontuações

Considerando a opinião dos professores sobre os efeitos da medicação em contexto escolar, solicitava-se a classificação de cada característica em função do grau de efeito, desde nenhum até muito. Os resultados, indiferenciados em função do género dos docentes, expõem-se no Quadro 19 e representam-se graficamente no Gráfico 12.

Quadro 19 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão dos efeitos da medicação escolar

	Mín.	Máx.	M	DP	EP
Efeitos da medicação em contexto escolar					
1.Melhoria da Atenção	1	5	4,14	0,90	0,09
2.Apatia	1	5	2,35	0,93	0,09
3.Auto-controlo	1	5	3,75	0,80	0,08
4.Maior rendimento escolar	1	5	3,91	0,81	0,08
5.Diminuição de comportamentos de agressividade	3	5	3,90	0,73	0,07
6.Melhoria na relação com os pares	1	5	3,72	0,91	0,09

Conforme é perceptível, os valores aproximam muito os diversos efeitos com excepção da apatia (item 2) que recebem uma pontuação inferior. Em geral, os professores são detentores da opinião de que a medicação apresenta melhorias significativas no comportamento dos alunos com PHDA, entre os quais se ressalta a melhoria da atenção, o maior rendimento escolar e a diminuição de comportamentos de agressividade.

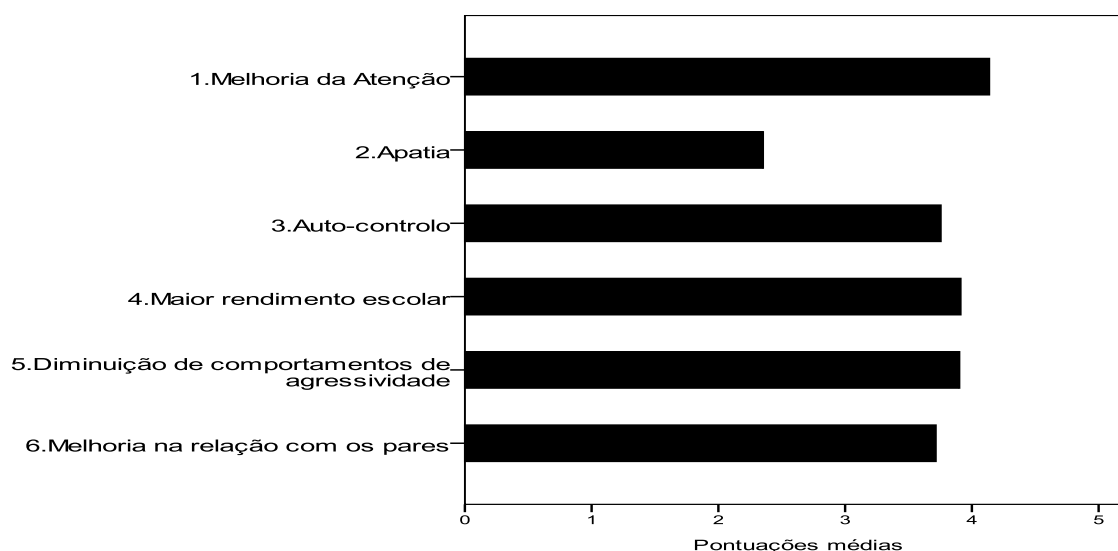


Gráfico 12- Efeitos da medicação em contexto escolar para a criança com PHDA: pontuações médias

No Quadro 20 apresentam-se o valor mínimo e máximo, as pontuações médias, os desvios e os erros padrão das Estratégias de intervenção em contexto escolar, respeitantes à escala global e aos seus 7 factores constituintes, resultantes dos estudos de validação da medida (cf. capítulo anterior), cujo cálculo derivámos as pontuações médias dos itens correspondentes a cada factor.

Quadro 20 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros padrão das Estratégias de intervenção em contexto escolar e dos 7 factores constituintes

<i>Estratégias de intervenção em contexto escolar</i>	Mín.	Máx.	M	DP	EP
<i>Escala global</i>	2,66	4,37	3,44	0,40	0,04
F1: Estratégias comportamentais: registos, <i>feedback</i> , controlo, reforço e direccionamento	2,10	4,70	3,65	0,69	0,07
F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção	1,80	5,00	3,79	0,66	0,07
F3: Estratégias de modificação comportamental: <i>time-out</i> e recurso a superiores hierárquicos	1,00	4,67	1,97	0,74	0,07
F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar	2,25	5,00	3,83	0,72	0,07
F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta	1,50	5,00	2,87	0,77	0,08
F6: Dinâmica da sala de aula: regras e organização	2,50	5,00	4,19	0,57	0,06
F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais	2,25	5,00	3,88	0,61	0,06

Em relação à medida de tendência central, para a escala global, constata-se que o valor obtido ($M = 3.44$) se aproxima da opção de resposta 4 (*frequente*), o que nos leva a inferir que, em termos gerais, os docentes inquiridos identificam as estratégias como utilizadas na interacção com os alunos na sala de aula. A média dos valores mínimos é de 2.66, informativa de que se aproxima da opção de resposta 3 (*moderada*). Já a média dos valores máximos, de 4.37, fica aquém da opção de resposta 5 (*mais frequente*).

No que concerne à medida de tendência central dos factores em questão (cf. representação gráfica no Gráfico 13), a pontuação média mais elevada corresponde ao Factor 7 (Trabalhos escolares e promoção de competências sociais), seguindo do factor 4 (Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar) e do Factor 2 (Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção). A pontuação de valor mais baixo corresponde claramente ao Factor 3 (Estratégias de modificação comportamental: *time-out* e recurso a superiores hierárquicos). Parece,

portanto, que os docentes identificam como estratégias mais frequentes aquelas que lidam directamente com o aluno, por um lado, promovendo as suas competências e, por o outro, aplicando os consequentes de comportamento disruptivo em termos de informação e aplicação do regulamento disciplinar. Curiosamente, a implementação de estratégias comportamentais como o reforço e o custo de resposta acolhem o segundo resultado mais baixo em termos da sua aplicação em sala de aula.

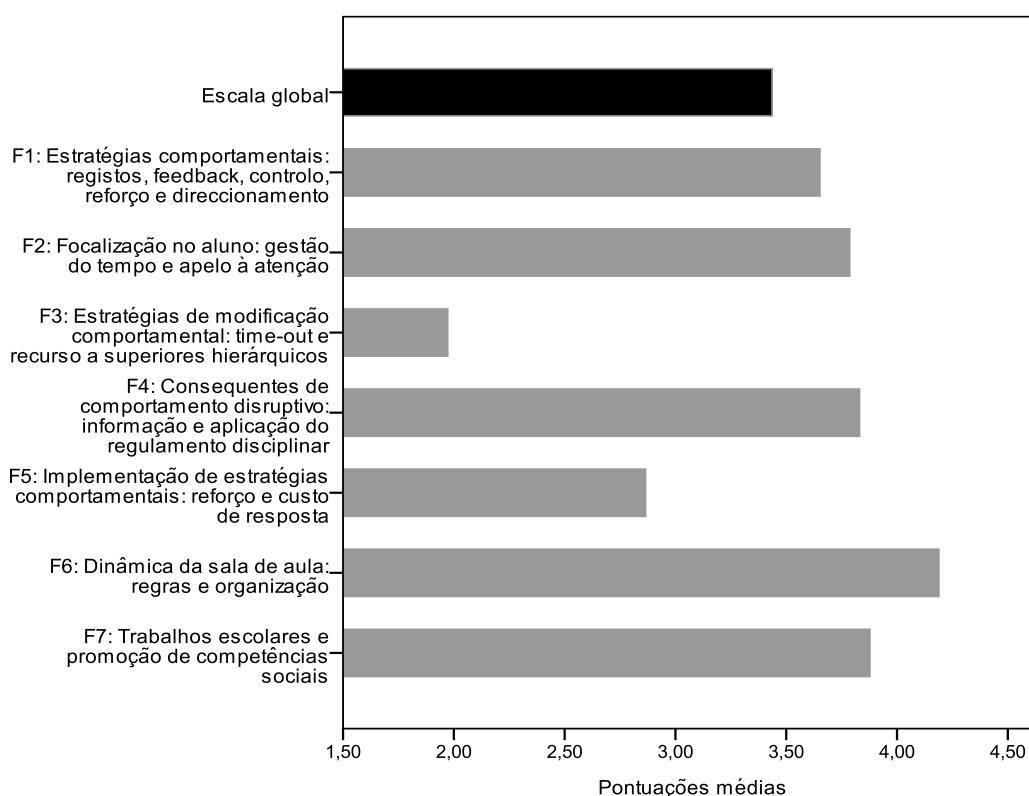


Gráfico 13 - Estratégias de intervenção em contexto escolar: pontuações médias para a escala global e 7 factores constituintes

No que concerne às medidas de dispersão ou variabilidade, calculadas pelo desvio-padrão dos respectivos factores, constatamos que os valores são inferiores à unidade, rondando os 0.68 valores da escala de medida (pontuação média dos desvios-padrão). Ao nível da *medida global da escala*, o valor do desvio-padrão, de 0.40, indicamos que as pontuações de aproximadamente 64% dos docentes inquiridos se situam entre a pontuação média da escala global subtraída do valor do respectivo desvio-padrão ($M - 1DP = 3.04$ valores da escala de medida) e a mesma pontuação média adicionada do referido valor ($M + 1DP = 3.84$ valores da escala de medida). Em termos de erro-

padrão, encontramos valores muito baixos, próximos de zero (a pontuação média dos erros-padrão para os 7 factores da escala é de 0.07).

3.5 Práticas educativas na sala de aula

Inquirimos os professores sobre as práticas educativas que considera mais apropriadas a utilizar com alunos com PHDA na sala de aula. Solicitámos a seriação das opções desde a mais importante (1) para a menos importante (6). Invertendo a escala de medida, as pontuações mais elevadas são atribuídas às práticas educativas consideradas mais importantes (ordem 1), ao passo que as mais reduzidas correspondem às possibilidades consideradas menos interessantes ou viáveis (ordem 6), conforme ilustra o Quadro 21 e representa o Gráfico 14.

A estratégia mais comum prende-se com a formação/educação dos pais e professores para lidar com crianças com PHDA, seguindo-se o apoio pedagógico através de um ensino/educação individualizados com a participação de técnicos especializados. A prática menos indicada respeita a criar/proporcionar à criança actividades de lazer/desporto, etc., seguida da educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança. Os resultados da seriação representam-se graficamente no Gráfico 14.

Quadro 21 - Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros-padrão das práticas educativas mais apropriadas a utilizar com crianças com PHDA

	Ordem	Mín.	Máx.	M	DP	EP
Práticas educativas						
1. Formação/educação dos pais e professores para lidar com crianças com PHDA.	1	1	6	5,20	1,38	,14
6. Apoio pedagógico através de um ensino/educação individualizados com a participação de técnicos especializados.	2	1	6	4,48	1,20	,13
4. Intervenção centrada na coordenação simultânea de vários agentes educativos.	3	1	6	3,35	1,21	,13
5. Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão.	4	1	6	3,21	1,38	,14
3. Educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança.	5	1	6	2,80	1,74	,18
2. Criar/proporcionar à criança actividades de lazer/desporto, etc.	6	1	5	1,97	1,05	,11

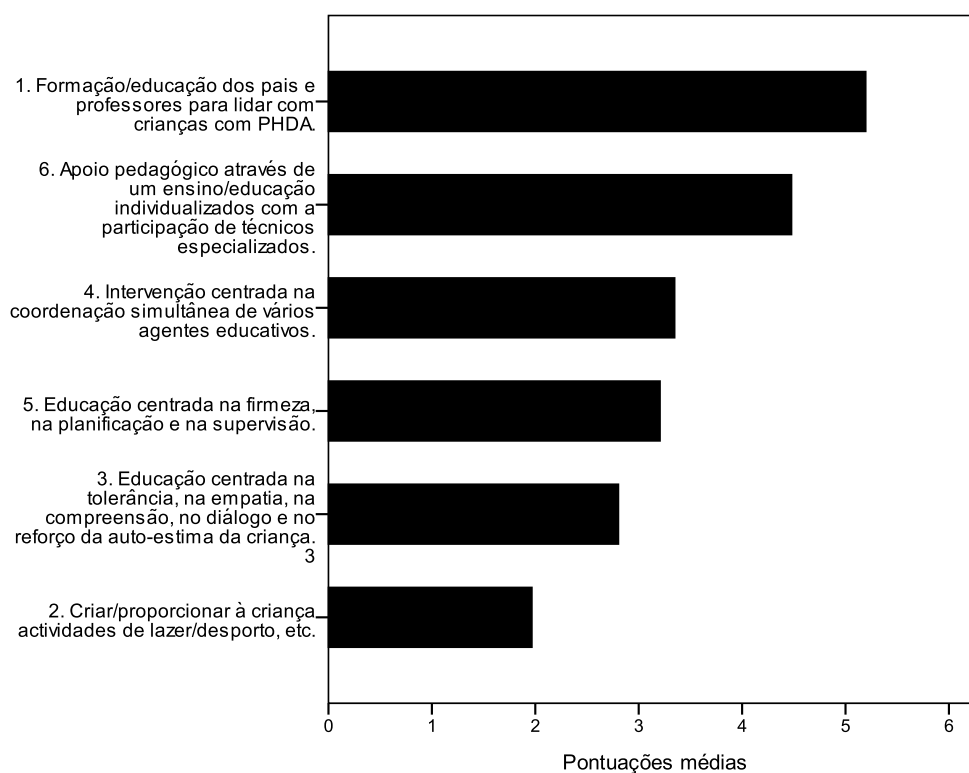


Gráfico 14 - Pontuações médias das práticas educativas mais apropriadas a utilizar com crianças com PHDA

3.6 Influência das variáveis sócio demográficas na escala Estratégias de intervenção em contexto escolar

3.6.1 Género

Tomamos como tarefa analisar a influência que o sexo dos participantes detém ao nível da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar. Procedemos a uma análise multivariada da variância (MANOVA, *procedimento General Linear Model*), tomando como variável independente (VI) o sexo dos participantes (1 = masculino; 2 = feminino) e como variáveis dependentes (VDs) as pontuações médias obtidas nos 7 factores constituintes do questionário.

A análise do teste multivariado indica que o efeito global não se revela estatisticamente significativo [Λ de Wilks = 0.922, $F(7, 94) = 1.14$, $p = .345$]. Por sua vez, quando consideramos os 7 factores na sua especificidade, apenas constatamos que o sexo dos docentes se reverte em diferenças estatisticamente significativas ao nível do

factor 6 – Dinâmica da sala de aula: regras e organização, conforme pode visualizar-se no Quadro 22, superior no sexo feminino. No Gráfico 15 representam-se as pontuações médias nos 7 factores em função do género dos professores.

Quadro 22 - Pontuações médias e desvios-padrão dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar em função do género dos professores: Testes univariados

Estratégias de intervenção em contexto escolar	Género							F (1,100)
	Masculino (n = 16)		Feminino (n = 86)		Total (N = 102)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Factores constituintes:								
F1: Estratégias comportamentais: registos, <i>feedback</i> , controlo, reforço e direccionamento	3,72	0,64	3,64	0,70	3,65	0,69	0,21,	<i>ns</i>
F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção	3,69	0,44	3,80	0,70	3,79	0,66	0,42,	<i>ns</i>
F3: Estratégias de modificação comportamental: <i>time-out</i> e recurso a superiores hierárquicos	1,91	0,58	1,98	0,77	1,97	0,74	0,15,	<i>ns</i>
F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar	3,95	0,70	3,81	0,73	3,83	0,72	0,54,	<i>ns</i>
F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta	2,66	0,69	2,90	0,78	2,87	0,77	1,39,	<i>ns</i>
F6: Dinâmica da sala de aula: regras e organização	3,94	0,50	4,24	0,57	4,19	0,57	3,86*	
F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais	3,75	0,45	3,90	0,63	3,88	0,61	0,83,	<i>ns</i>

* $p = .05$

ns: as diferenças não atingem o limiar de significação estatística convencionado, $p \leq .05$

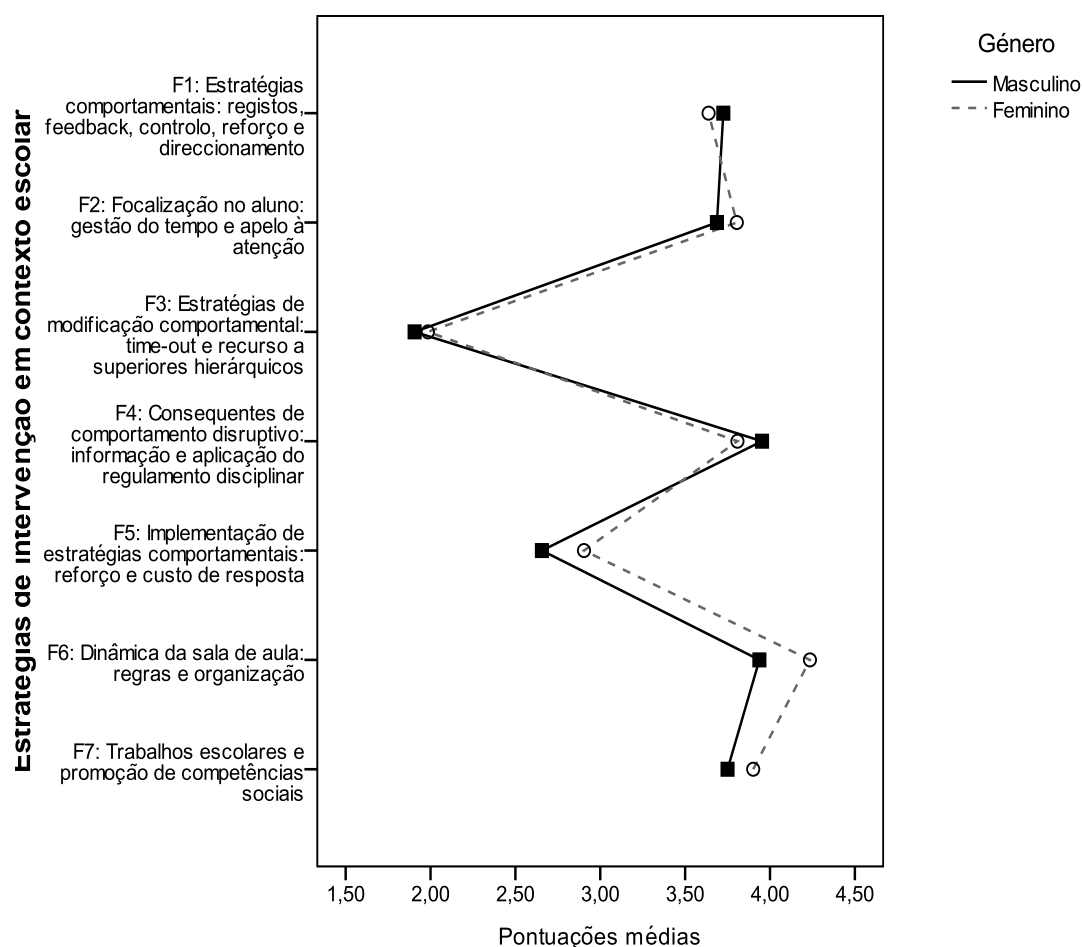


Gráfico 15 - Pontuações médias dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar (F1 a F7) em função do género dos professores

3.6.2 Idade e anos de leccionação

Analisa-se, agora, a influência das variáveis idade e anos de leccionação dos professores ao nível dos 7 factores retidos na escala Estratégias de intervenção em contexto escolar. Primeiramente procedemos ao cálculo de coeficientes de correlação de *Pearson* entre a variável idade e os factores da escala. Os resultados indicam-se no Quadro 23 e mostram que, se considerarmos o limiar de significação estatística $p < .10$, encontramos relações negativas com dois factores: F1 - Estratégias comportamentais: registos, *feedback*, controlo, reforço e direccionamento e F2 - Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção, o que nos indica que quanto mais idade têm os docentes menos utilizam estas estratégias. Inversamente, para as estratégias referentes aos trabalhos escolares e promoção de competências sociais (F7), a correlação com a

idade dos professores é positiva, o que indica um maior recurso por parte dos professores mais velhos.

A realização dos coeficientes de correlação de *Pearson* para a variável anos de leccionação corrobora os resultados anteriormente obtidos. As correlações são negativas com os dois primeiros factores da escala, seguindo-se a relação negativa com o factor F6 – Dinâmica da sala de aula: regras e organização, menos utilizada pelos docentes mais velhos. Em conformidade com a correlação encontrada com a idade, encontra-se o coeficiente positivo entre os anos de leccionação e o factor F7 – Trabalhos escolares e promoção de competências sociais, mais utilizado pelos mais velhos.

Quadro 23 - Coeficientes de correlação de *Pearson* (r) entre a idade e os anos de leccionação dos participantes e os sete factores da escala Estratégias de intervenção escolar

Estratégias de intervenção em contexto escolar	r idade	r anos de leccionação
Factores constituintes:		
F1: Estratégias comportamentais: registos, <i>feedback</i> , controlo, reforço e direccionamento	-.175*	-.172*
F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção	-.195**	-.192*
F3: Estratégias de modificação comportamental: <i>time-out</i> e recurso a superiores hierárquicos	-.065, <i>ns</i>	.061, <i>ns</i>
F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar	-.096, <i>ns</i>	-.123, <i>ns</i>
F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta	-.041, <i>ns</i>	-.057, <i>ns</i>
F6: Dinâmica da sala de aula: regras e organização	-.149, <i>ns</i>	-.183*
F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais	.178*	.23**

* $p < .10$ ** $p < .05$

ns: As diferenças não atingem o limiar de significação estatística convencionado $p \leq .05$

3.6.3 Grau académico e situação profissional

Analisando a influência do grau académico dos docentes – Magistério, Licenciatura, Especialização e Mestrado, tomámos, assim, como variável independente estas 4 categorias agrupadas e realizámos uma MANOVA – análise multivariada da variância, procedimento *General Linear Model*. Considerámos como variáveis dependentes os 7 factores retidos na escala Estratégias de intervenção em contexto escolar. O resultado obtido ao nível do teste multivariado indica a inexistência de um

efeito global estatisticamente significativo [obtemos um λ de Wilks = 0.809, $F(7, 21) = 0.97$, $p = .504$], igualmente encontrado nos resultados dos testes univariados pelo que suprimimos a apresentação dos resultados diferenciados em função do grau académico. Estes resultados podem ser explicados, em parte, pelo reduzido número de docentes que têm outras habilitações que não a Licenciatura.

Em relação à situação profissional, foram definidas 3 categorias: contratado, quadro de zona pedagógica e quadro de agrupamento. Tomámos como variável independente as referidas categorias e realizámos nova MANOVA, adoptando as mesmas variáveis dependentes. O teste multivariado aponta também para a inexistência de um efeito global estatisticamente significativo [λ de Wilks = 0.876, $F(14, 188) = 0.909$, $p = .550$]. Os testes univariados também não apresentam qualquer efeito significativo, pelo que suprimimos a apresentação dos resultados. Concluimos que a situação profissional não influencia a utilização das estratégias de intervenção em contexto escolar com alunos com PHDA.

3.6.4 Informação, formação e experiência

No referente à informação, formação e grau de experiência para lidar com alunos com PHDA, analisámos as correlações de *Pearson* com os 7 factores retidos na escala Estratégias de intervenção em contexto escolar, conforme ilustra o Quadro 24.

Quadro 24 - Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a informação, a formação prévia, o grau de experiência e os sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar

Estratégias de intervenção em contexto escolar	r	r	r
	Grau de informação sobre PHDA	Tipo de formação sobre PHDA	Grau de experiência com alunos com PHDA
Factores constituintes:			
F1: Estratégias comportamentais: registos, <i>feedback</i> , controlo, reforço e direccionamento	.411***	.057, <i>ns</i>	.067, <i>ns</i>
F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção	.118, <i>ns</i>	.009, <i>ns</i>	.038, <i>ns</i>
F3: Estratégias de modificação comportamental: <i>time-out</i> e recurso a superiores hierárquicos	.000, <i>ns</i>	-.130, <i>ns</i>	-.032, <i>ns</i>
F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar	.075, <i>ns</i>	-.054, <i>ns</i>	.021, <i>ns</i>
F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta	.068, <i>ns</i>	.022, <i>ns</i>	-.057, <i>ns</i>
F6: Dinâmica da sala de aula: regras e organização	.127, <i>ns</i>	.136, <i>ns</i>	.036, <i>ns</i>
F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais	-.123, <i>ns</i>	-.056, <i>ns</i>	-.009, <i>ns</i>

*** $p < .001$

ns: As diferenças não atingem o limiar de significação estatística convencional $p \leq .05$

Constatamos que apenas no grau de informação anterior sobre PHDA encontramos relação com as estratégias de intervenção, particularmente ao nível do primeiro factor. Verificamos que quanto maior é o grau de informação que o professor possui sobre a PHDA mais ele recorre a estratégias comportamentais com os alunos com PHDA, designadamente registos, *feedback*, controlo, reforço e direccionamento dos mesmos.

Inquiridos sobre a questão se na formação inicial (incluindo estágio pedagógico) o docente frequentou alguma disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA, analisámos os efeitos ao nível das estratégias de intervenção. Considerámos como variável independente este tipo de informação dicotómica (sim/não) e realizámos uma nova MANOVA, adoptando os 7 factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar como variáveis dependentes. Os resultados expõem-se no Quadro 15. O teste multivariado indica um efeito global estatisticamente significativo [Λ de Wilks = 0.818, $F(7, 94) = 2.984$, $p = .007$], que os testes univariados indicam dever-se aos factores 1 - Estratégias comportamentais: registos, *feedback*, controlo, reforço e direccionamento e 6 - Dinâmica da sala de aula: regras e organização.

Quadro 25 - Pontuações médias e desvios-padrão dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar em função da formação inicial ter incluído alguma disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA: Testes univariados

Formação inicial incluiu alguma disciplina/módulo/seminário							
Estratégias de intervenção em contexto escolar	na qual foi abordada a PHDA						F
	Não		Sim		Total		
	(n = 74)		(n = 28)		(N = 102)		
	M	DP	M	DP	M	DP	(1,100)
Factores constituintes:							
F1: Estratégias comportamentais: registos, <i>feedback</i> , controlo, reforço e direccionamento	3,53	0,70	3,98	0,55	3,65	0,69	9,38**
F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção	3,74	0,67	3,91	0,65	3,79	0,66	1,44, <i>ns</i>
F3: Estratégias de modificação comportamental: <i>time-out</i> e recurso a superiores hierárquicos	1,97	0,77	1,98	0,69	1,97	0,74	0,01, <i>ns</i>
F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar	3,81	0,71	3,89	0,77	3,83	0,72	0,28, <i>ns</i>
F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta	2,85	0,75	2,91	0,85	2,87	0,77	0,13, <i>ns</i>
F6: Dinâmica da sala de aula: regras e organização	4,10	0,57	4,41	0,51	4,19	0,57	6,26*

F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais

3,94

0,62

3,71

0,55

3,88

0,61

2,83, *ns** $p < .05$ ** $p < .01$ *ns*: as diferenças não atingem o limiar de significação estatísticaconvencionado, $p \leq .05$

A comparação das pontuações médias no Quadro 25 indica-nos que quem teve na formação inicial ou estágio alguma disciplina/módulo/seminário em que foi abordado o problema da PHDA, utiliza significativamente mais estratégias comportamentais referentes registos, *feedback*, controlo, reforço e direcção e mais frequentemente impõe uma dinâmica na sala de aula respeitante a regras e a organização. No Gráfico 16 tais diferenças são representadas.

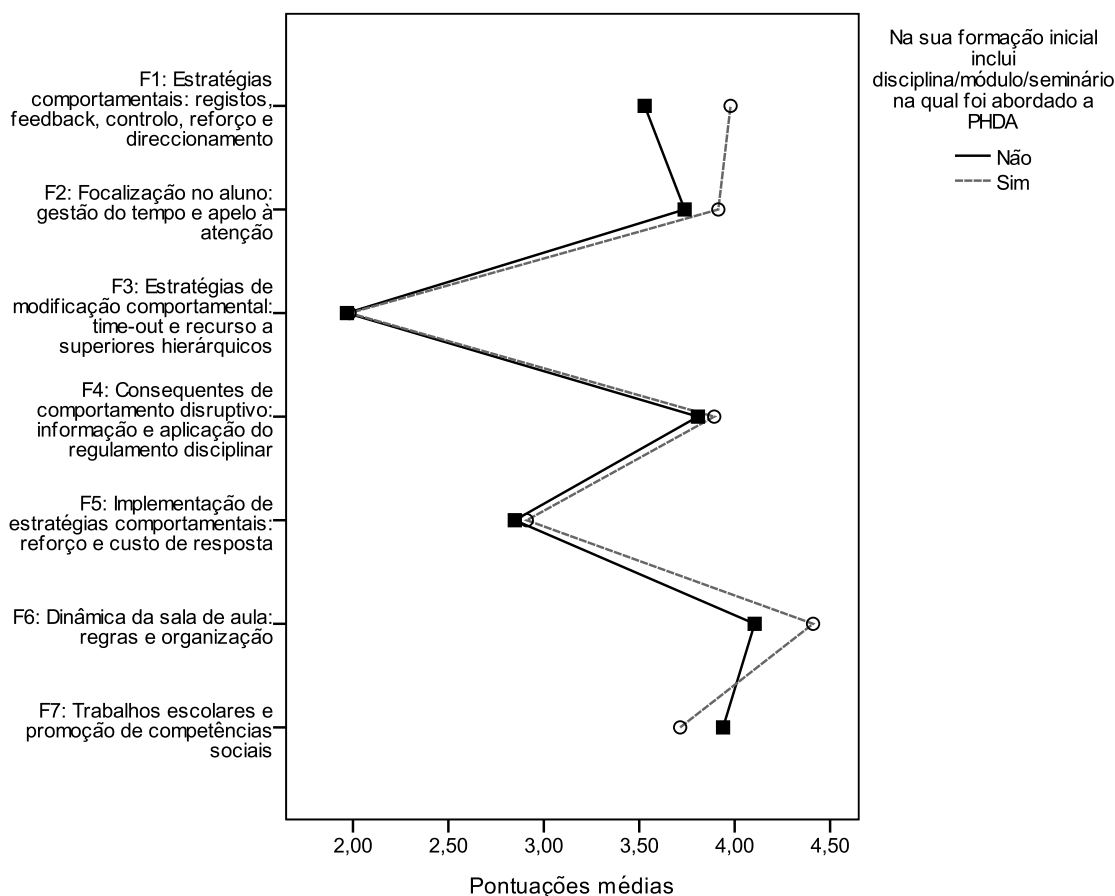


Gráfico 16 - Pontuações médias dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar (F1 a F7) em função da formação inicial ter incluído alguma disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA

3.6.5 Leccionação a turmas com alunos com PHDA

A questão “tem ou teve alunos com diagnóstico PHDA na sua sala?” foi submetida a análise multivariada da variância e testado o efeito ao nível dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar. O resultado multivariado mostrou-se significativo [Λ de Wilks = 0.840, $F(7, 94) = 2.556$, $p = .019$], que os testes univariados indicam dever-se à presença de diferenças no factor 4 – Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar (cf. Quadro 16). Os professores que têm ou já tiveram alunos com diagnóstico PHDA em sala de aula aplicam significativamente mais os consequentes de comportamento disruptivo informação e aplicação do regulamento disciplinar aos alunos com PHDA. Nas restantes estratégias não se verificaram diferenças. Porém, conforme ilustra o Gráfico 17, os docentes que já lidaram com crianças com PHDA tendem a utilizar as estratégias mais frequentemente.

Quadro 26 - Pontuações médias e desvios-padrão dos sete factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar em função da leccionação em turmas com alunos com PHDA: Testes univariados

Tem ou teve alunos com diagnóstico PHDA na sua sala?									
Estratégias de intervenção em contexto escolar	Não (n = 20)		Sim (n = 82)		Total (N = 102)		F (1,100)	r	
	M	DP	M	DP	M	DP			
Factores constituintes:									
F1: Estratégias comportamentais: registos, <i>feedback</i> , controlo, reforço e direccionamento	3,81	0,55	3,61	0,72	3,65	0,69	1,23, <i>ns</i>	.031, <i>ns</i>	
F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção	3,58	0,68	3,84	0,65	3,79	0,66	2,44, <i>ns</i>	.134, <i>ns</i>	
F3: Estratégias de modificação comportamental: <i>time-out</i> e recurso a superiores hierárquicos	1,91	0,69	1,99	0,76	1,97	0,74	0,18, <i>ns</i>	.006, <i>ns</i>	
F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar	3,48	0,57	3,92	0,73	3,83	0,72	6,40*	.259**	
F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta	2,94	0,79	2,85	0,77	2,87	0,77	0,22, <i>ns</i>	.054, <i>ns</i>	
F6: Dinâmica da sala de aula: regras e organização	4,00	0,68	4,23	0,53	4,19	0,57	2, 82, <i>ns</i>	.197*	
F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais	3,89	0,45	3,88	0,64	3,88	0,61	0,01, <i>ns</i>	-.066, <i>ns</i>	

* $p < .05$

ns: as diferenças não atingem o limiar de significação estatística convencionado, $p \leq .05$

No Quadro 26 apresentam-se ainda os coeficientes de correlação de *Pearson* entre os factores da escala Estratégias de intervenção em contexto escolar e o número de alunos que o docente tem ou já teve com PHDA em sala de aula. Conforme pode observar-se, existem relações positivas significativas com os factores 4 - Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar e 6 - Dinâmica da sala de aula: regras e organização. As relações são positivas, indicando que quanto maior é o número de alunos com PHDA que o docente já teve, maior será a implementação de estratégias ao nível destes dois factores.

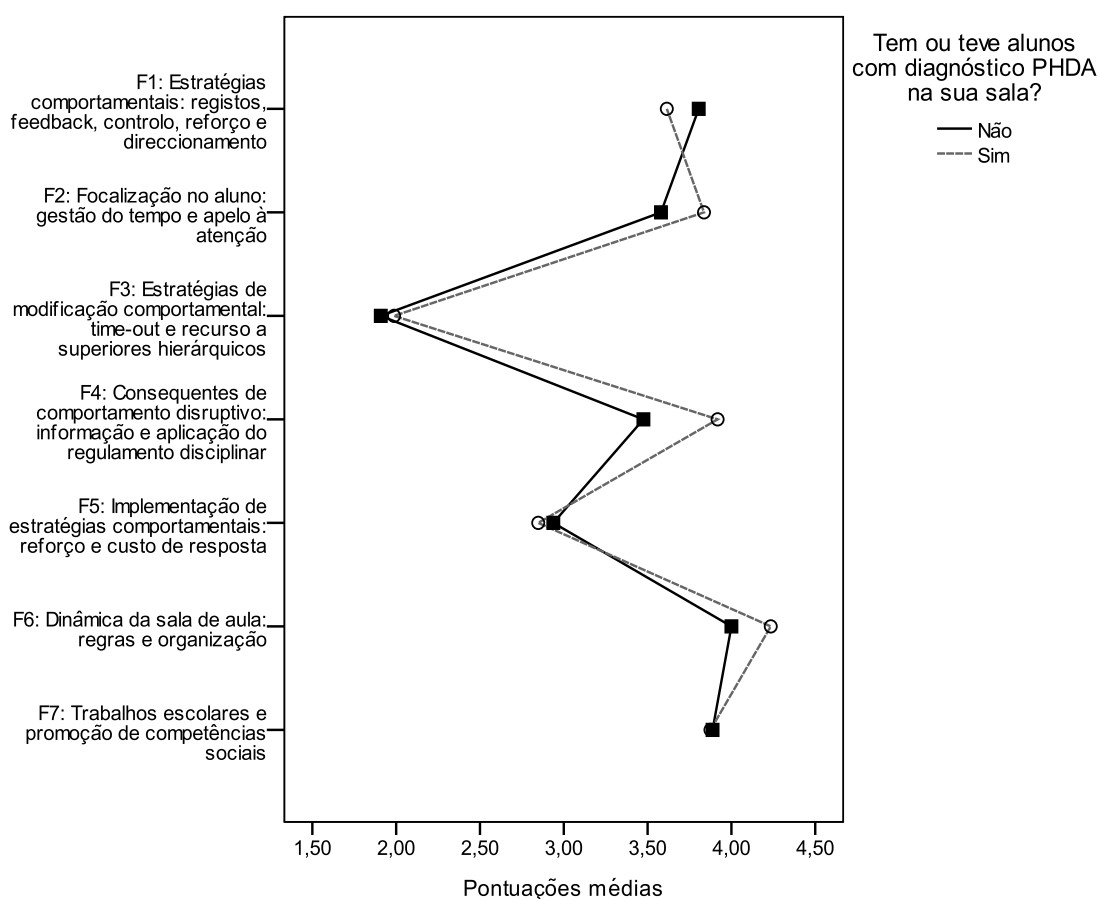


Gráfico 17 - Pontuações médias dos sete factores da escala de Estratégias de intervenção em contexto escolar (F1 a F7) em função da leccionação em turmas com alunos com PHDA.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Perante os resultados obtidos, decorrentes da análise estatística aos inquiridos, efectuaremos uma revisão dos mesmos. Como referimos na primeira parte deste trabalho, os docentes devem, nos cursos de formação inicial, possuir formação específica em NEE de forma a dar respostas adequadas às necessidades e características destas crianças.

De uma maneira geral, verificámos que a grande maioria, 80 professores (78.4%), não adquiriu conhecimentos minimamente suficientes nos cursos de formação inicial para poder supor que um aluno tem PHDA.

Observando os resultados, mais de 70% dos docentes já leccionaram em turmas com alunos com PHDA diagnosticada por especialistas e quase 70% refere ter leccionado em turmas com alunos com PHDA não diagnosticadas, apesar de ser insuficiente a sua formação inicial e contínua sobre esta perturbação. Este indicador evidencia a necessidade de se obter um maior conhecimento sobre como lidar com estes alunos. Por ventura, a literatura indica a experiência como um aspecto que facilita o conhecimento da PHDA.

Depois de analisarmos os dados, verificámos que os inquiridos que participaram no nosso estudo referem que a presença de alunos com PHDA nas turmas leccionadas por cerca de 80% dos docentes é significativamente superior em relação à formação adquirida pelos docentes para lidar com esta perturbação.

Quanto ao conhecimento ou formação dos docentes sobre PHDA, os resultados apontam para um conhecimento baseado em leituras, conferências e experiência profissional. Segundo Fernandes (2007), os planos curriculares das várias Escolas de Educação e os respectivos conteúdos programáticos integram, na sua globalidade, rubricas dedicadas às NEE e ao Ensino Especial. Porém, os resultados do nosso estudo indicam que é raro o ensino sobre PHDA na formação inicial dos docentes. Nas formações contínuas constatámos a mesma situação, sendo que a grande parte dos docentes (85.3%) não treinou competências que lhes permitam leccionar eficazmente em turmas com alunos com PHDA. Neste sentido, verifica-se que o conteúdo da formação inicial e contínua não está adequado à realidade das escolas, face ao número de alunos com PHDA.

Face à reduzida formação inicial e contínua na área da PHDA, seria expectável que os docentes solicitassem a ajuda de profissionais e técnicos especializados. Os

resultados encontrados no nosso estudo indicam que cerca de 65% dos professores já pediram a intervenção de psicólogos escolares para determinarem as necessidades dos alunos com PHDA. Confirma-se que o papel do professor no diagnóstico é de fulcral importância. Batista (2010, p.87) assegura que “o professor é responsável por um elevado número de encaminhamentos de crianças com suspeita de PHDA para os serviços especializados”.

No entanto, para dar respostas a estes alunos verificámos que uma maioria significativa (97.1%) refere que o número de psicólogos escolares por agrupamento é insuficiente, não permitindo um acompanhamento efectivo dos alunos. Apenas 2,9% dos professores considera que o número de psicólogos escolares por agrupamento proporciona um acompanhamento efectivo do aluno. Esta reduzidíssima percentagem parece advir do parco número de psicólogos nos Agrupamentos de Escolas.

Para Correia (1999,p 12), a escola inclusiva reconhece que a heterogeneidade que existe entre os alunos é um factor positivo, mas *“competete à escola a prestação de serviços educacionais, psicológicos, terapêuticos, sociais e clínicos para promover aprendizagens com fim de tornar os alunos auto-suficientes até ao limite das suas capacidades.”*

Quando questionámos os professores inquiridos sobre se as turmas com um menor número de alunos proporcionam ou não um maior apoio individualizado ao aluno com PHDA, constatámos uma opinião praticamente unânime, uma vez que apenas foram seleccionadas as opções “Concordo Parcialmente” e “Concordo Totalmente”, o que corrobora com a literatura consultada. Para vários autores como David & Sosin (2006), Maia (2008), Du Paul & Stoner (2007), Arruda (2008), Lourenço (2009) e Selikowitz (2009), é necessário que os professores acompanhem muito de perto estes alunos e lhes proporcionem momentos de apoio individualizado e/ou a integração em pequenos grupos de crianças com as mesmas dificuldades. Esta é uma estratégia educativa pertinente e necessária, uma mais-valia para a aprendizagem e sucesso académico destes alunos.

Quanto à dimensão adequada das turmas com alunos com PHDA, 60,8% docentes são unânimes em apontar de 11 a 16 alunos por turma como a constituição mais vantajosa, pois desta forma é proporcionado um apoio individualizado na sala de aula. Segue-se a opinião de turmas constituídas até 10 alunos (21.6%) e, por último, de turmas formadas por 17 a 20 alunos (17.6%). Nenhum dos respondentes optou pela possibilidade de as turmas integrarem 21 a 28 alunos. Tal constatação é um indicador positivo e corroborante com a literatura da especialidade.

De acordo com Maia (2008, p.15), *“as crianças com PHDA dão o melhor de si quando trabalham numa atmosfera tranquila, recebem uma atenção individualizada e estão inseridas numa turma reduzida composta de só um ano de escolaridade”*.

Nas escolas portuguesas, até ao final do ano lectivo presente, estes alunos estavam integrados em turmas regulares constituídas até 24 alunos, por vezes com mais do que um ano de escolaridade. Apenas os alunos que beneficiam das medidas educativas do Decreto-Lei nº 3/2008 podem usufruir de turma reduzida pelo Despacho nº 13170/2007, no ponto 5.2, onde se refere que *“as turmas que integrem crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente, e cujo Programa Educativo Individual (PEI) assim o determine, são constituídas por 20 alunos, no máximo não podendo incluir mais de 2 alunos nestas condições”*. Posteriormente, entrou em vigor o Despacho n.º 10532/2011, de 22 de Agosto, que altera o ponto 5.2 do Despacho n.º 14026/2007, de 11 de Junho, referindo que as turmas regulares do 1.º ciclo são constituídas por 26 alunos, não devendo ultrapassar esse limite, que anteriormente se situava nos 24 alunos. O Despacho n.º 10532/2011, de 22 de Agosto, tal como o Despacho anterior é omissivo relativamente ao número de anos de escolaridade numa turma com alunos com NEE.

Analizando estes dados, o nosso estudo espelha uma opinião unânime dos participantes de que a constituição mais vantajosa da turma com alunos com PHDA é de 11 a 16 alunos. Esta realidade encontra-se cada vez mais distante do que seria desejável no sistema educativo português.

Relativamente às características dos alunos com PHDA que mais perturbam a vida escolar, segundo as opiniões tanto de professores como de professoras prende-se com o *“Défice de Atenção”*. Os resultados do nosso estudo apresentam semelhanças com o estudo de Lourenço (2009) e Batista (2010).

Seguidamente, avalíamos os factores associados à PHDA que os docentes consideram provocar maior desadaptação. A pontuação média mais elevada corresponde à *“pouca persistência e baixa motivação”*, *“não aceitar e respeitar as regras”*, ter *“comportamentos agressividade e de oposição”*, seguindo-se *“as dificuldades de aprendizagem”*. A pontuação de valor mais baixo corresponde à *“baixa auto-estima”*.

Os resultados do nosso estudo apresentam ligeiras diferenças em relação a estudos comparativos (Lourenço, 2009; Rodrigues & Encarnação, 2006), sendo que nestes estudos as *“Dificuldades de Aprendizagem”* e a *“Dificuldade na Relação com os Pares”* são indicados como os principais problemas que podem provocar maior desadaptação.

O autor Baptista (2010,p.121) elencou no seu estudo dois factores que segundo os professores são responsáveis pelas maiores desadaptações no contexto escolar, que são a “dificuldade na relação com pares” e a “dificuldade em aceitar regras”. Dos três estudos analisados comparativamente com o nosso estudo os inquiridos não referem a pouca “persistência e baixa motivação” do aluno.

No processo de desenvolvimento da criança, os professores e as suas famílias confrontam-se com uma soma substancial de problemas de comportamento como sejam: dificuldade na relação com os pares, o não aceitar e respeitar as regras da sala de aula e dos vários espaços educativos, as dificuldades educacionais ou de aprendizagem, bem como os aspectos que, por si só, acarretam dificuldades na gestão, monitorização e regulamentação comportamental do aluno por parte do professor. Segundo Lourenço (2009) e Du Paul & Stoner (2007) o professor deve primeiramente procurar controlar o comportamento e as atitudes do aluno para posteriormente o ensinar.

Quando questionados sobre as possibilidades de intervenção dos professores em crianças com PHDA na sala de aula, a estratégia mais comum prende-se com o encaminhamento da criança para um técnico especializado, seguindo-se o encaminhamento para o Apoio Educativo/Educação Especial como resposta às características e necessidades deste aluno. Em terceiro lugar indica-se o contacto mais próximo com a família, em quarto a persistência e a coerência na introdução de adaptações e estratégias e, em quinto lugar, a adaptação da forma como o professor apresenta os conteúdos na sala de aula.

Serrano (2005, p.88) pretende, a este propósito que, “os profissionais da educação especial possam desenvolver uma intervenção significativamente diferenciada da dos professores do ensino regular, sem que tal saia da esfera educacional”. Segundo Júlio (2009, p.109), tal poderá inferir “na percepção de maior competência ou especialização por parte do professor de educação especial e/ou na delegação de responsabilidades do professor do regular ao nível da intervenção com alunos com PHDA”.

Segundo os resultados obtidos, na opinião dos professores o profissional mais indicado para realizar o diagnóstico da PHDA é o médico ou o neuropsiquiatra, o que corrobora com a opinião dos autores consultados. O diagnóstico precoce realizado por um médico é essencial para se intervir atempadamente.

A avaliação da criança com PHDA deve pressupor várias fases: avaliação médica clássica, avaliação comportamental, avaliação cognitiva e académica. Esta abordagem deverá ser realizada por uma equipa multidisciplinar, tanto no diagnóstico como no tratamento.

Relativamente à forma de intervenção terapêutica que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA, sob um leque variado de possibilidades, os professores seleccionam a intervenção Multimodal como a mais benéfica. Esta consiste na aplicação de medicação, associada à educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações adicionais aplicadas na escola e em casa. A segunda estratégia mais indicada prende-se com a Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar, tal como um professor titular de turma, um psicólogo, um médico, um professor da educação especial, um terapeuta da fala, entre outros técnicos especializados. O Apoio Educativo/Educação Especial acolheu também pontuações elevadas.

De facto, à luz da literatura actual, a PHDA poderá envolver uma abordagem “multimodal” e deverá englobar várias metodologias e estratégias de intervenção: farmacológica, psicoterapêutica e psicossocial. O consenso actual é de que o tratamento da PHDA deve ser multimodal é unânime para muitos autores, como Braga, (2000), Barkley, (2002), Rohde et al. (2003), Lopes (2003), Fernandes (2004), Remschmid (2005), Sáúve (2006), Du Paul & Stoner (2007), Arruda (2008), Selikowitz (2009), Rodrigues (2009) e Costa, Heleno & Pinhal (2010).

Quanto aos efeitos da medicação no contexto escolar, em geral, os professores inquiridos são detentores da opinião de que a medicação apresenta melhorias significativas no comportamento dos alunos com PHDA, entre os quais ressalta a melhoria da atenção, o maior rendimento escolar e a diminuição de comportamentos de agressividade. Podemos assim concluir que os docentes inquiridos consideram o tratamento farmacológico como uma forma de intervenção adequada, auxiliando a criança a superar as suas dificuldades.

Por outro lado, consideramos preocupantes os dados do estudo realizado por Júlio (2009, p.108) que afirma “nunca ter recomendado a intervenção farmacológica para crianças com esta perturbação”, apesar de se registar um nível positivo de concordância dos inquiridos com esta forma de intervenção 72,5%

De acordo com Braga (2000, p.455), “a abordagem multimodal é a mais vantajosa, visa a formação de equipas especializadas no apoio à PHDA, conjugada com a terapêutica farmacológica” que se tornam necessárias a par de uma maior sensibilização dos profissionais da educação e da saúde para o diagnóstico das dificuldades de aprendizagem.

Quanto às estratégias na sala de aula, agrupámo-las em 7 factores derivados da análise de componentes principais – F1: Estratégias comportamentais: registos, *feedback*, controlo, reforço e direccionamento; F2: Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção; F3: Estratégias de modificação comportamental: *time-out* e

recurso a superiores hierárquicos; F4: Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar; F5: Implementação de estratégias comportamentais: reforço e custo de resposta; F6: Dinâmica da sala de aula: regras e Organização; e F7: Trabalhos escolares e promoção de competências sociais.

Em termos gerais, os docentes inquiridos utilizam estratégias específicas na interacção com os alunos na sala de aula. A pontuação média mais elevada corresponde ao Factor 7 (Trabalhos escolares e promoção de competências sociais), seguindo-se o Factor 4 (Consequentes de comportamento disruptivo: informação e aplicação do regulamento disciplinar) e o Factor 2 (Focalização no aluno: gestão do tempo e apelo à atenção). A pontuação de valor mais baixo corresponde claramente ao Factor 3 (Estratégias de modificação comportamental: *time-out* e recurso a superiores hierárquicos). Parece, portanto, que os docentes identificam como estratégias mais frequentes aquelas que lidam directamente com o aluno, por um lado promovendo as suas competências e, por o outro, aplicando os consequentes de comportamento disruptivo em termos de informação e aplicação do regulamento disciplinar. Curiosamente, a estratégia do reforço e o custo de resposta acolhem o segundo resultado mais baixo em termos da sua aplicação em sala de aula. Este Factor 5 incluiu as seguintes estratégias: Recorrer a um sistema de Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios); Implementar consequências para a turma e para o grupo (ex: actividade especial para todos, se a turma se portar bem); Recorrer a um sistema de Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis); Utilizar estratégias de custo de resposta (ex: perder 5 minutos de intervalo, por cada trabalho não realizado). Consideramos que o resultado deste factor é preocupante. A insuficiência de implementação de estratégias comportamentais remete-nos para a possibilidade de um número significativo de docentes evidenciarem alguma falta de conhecimento/formação de métodos/técnicas e atitudes para aplicar este tipo de estratégias de intervenção comportamental.

Inquirimos os professores sobre as práticas educativas que consideram mais apropriadas a utilizar com alunos com PHDA na sala de aula. A mais comum prende-se com a formação/educação dos pais e professores, seguindo-lhe o apoio pedagógico através de um ensino/educação individualizados com a participação de técnicos especializados. De facto, a literatura actual faz referência à necessidade de se introduzirem estratégias e adaptações nos métodos de ensino, adequações curriculares individuais e adequações no processo de avaliação validadas pelos autores consideradas eficazes com alunos com PHDA (Du Paul & Stoner, 2007).

Relativamente às práticas educativas que os docentes consideram mais apropriadas para utilizar com crianças com PHDA, evidencia-se a necessidade de formação/educação e estratégias validadas para colocar em prática na sala de aula com alunos com PHDA, destinada a pais/encarregados de educação e professores.

Os docentes reconhecem que a formação/educação dos pais e dos professores é uma missão prioritária para ensinar alunos com PHDA, o que reflecte a sensibilidade dos docentes perante este problema.

Na verdade, a “formação dos docentes ou aquisição de conhecimentos específicos, sobre PHDA é uma condição necessária para proporcionarmos respostas adequadas às necessidades destas crianças” (Fernandes, 2007, p. 44). Acredita-se que a formação de professores e, conseqüentemente, as práticas educativas, terão de ser repensadas para que haja uma mudança de atitudes de todos os intervenientes no sucesso educativo da criança e para que a igualdade de oportunidades seja alcançada e se preveja uma verdadeira integração destas crianças.

Para Arruda (2008,p 130),

“A escola, a estação do conhecimento e porto seguro da infância e da adolescência, deve aceitar o desafio de reavaliar os seus métodos, capacitar e dar suporte aos professores para que inovem em estratégias /práticas educativas na sala de aula dirigidas a estes alunos.”

A prática da grande maioria das estratégias dependerá da base empírica do professor sobre a perturbação e das estratégias educativas e comportamentais validadas face à problemática, da promoção de uma boa relação escola - família, bem como da motivação, vocação, empatia e criatividade do professor.

Os professores devem identificar os pontos fracos e os pontos fortes e intervir, respeitando a sua individualidade e as limitações impostas pelos contextos familiar, escolar e social. É neste sentido que a formação dos professores e educação/programas para pais e são um factor primordial e o ponto de partida para o desenvolvimento integral da criança.

No entanto, verificamos o facto de duas estratégias seleccionadas que apresentam valores muito semelhantes não havendo assim um consenso entre os inquiridos, uma delas recomenda a educação centrada na tolerância, (“Educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da auto-estima”) da criança e enquanto a outra tem por base a firmeza, (“Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão”).

A estratégia do treino parental tem anuência por parte de autores da literatura actual como Antunes, (2009), Barkley (2002), Sauvé (2006), Verlarg (2005) e Costa et al., (2010). Segundo Polis (2009, p.134), “é importante que os pais partilhem o trabalho da educação de uma criança com PHDA”, de forma a estabelecer um eixo de equilíbrio na vida familiar.

Os autores Barkley (2002), Sauvé (2006), Costa, P., Heleno, S., Pinhal, C. (2010) propõem programas para promoção de competências parentais que têm por base uma educação centrada na firmeza, na planificação, na supervisão, na promoção de uma atitude positiva e favorável para reagir à criança, reduzindo o *stress* parental e promovendo uma postura mais firme e consistente de gestão dos comportamentos.

Em termos globais, a literatura é unânime em afirmar que a intervenção deve ser multicomponencial e incluir três grandes vectores: a criança, a família e a escola, em conjunto com a medicação (Pelham & Gnagy, 1999).

1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E LINHAS FUTURAS DA INVESTIGAÇÃO

Para a realização do presente estudo, procurou-se seguir os passos previstos no tipo de investigação quantitativo. No entanto, é possível identificar algumas limitações que serão de certeza consideradas em futuras linhas de investigação.

As conclusões obtidas não são passíveis de ser generalizadas à população em estudo, uma vez que a amostra é pequena (102 professores) e se encontra numa zona geográfica restrita. A selecção da amostra ocorreu de forma não aleatória de acordo com alguns critérios do investigador.

Por outro lado, os resultados podem ter sido influenciados pelas características culturais e socioeconómicas dos sujeitos inquiridos pertencendo a uma zona restrita. Para que os resultados do estudo fossem mais abrangentes a amostra devia ter um maior número de sujeitos e abranger diferentes regiões do País.

Quanto ao instrumento de investigação, também poderão ser apontadas algumas limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A natureza da presente investigação, ao abordar e analisar esta temática, pretende suscitar interesse dos docentes e o incentivo em aprofundar os seus conhecimentos.

Actualmente, a PHDA deve ser tratada para reduzir as manifestações sintomáticas, impedindo que as mesmas provoquem sérios problemas de adaptação às expectativas académicas e sociais, que comprometem o bem-estar da criança e da família e compliquem o diagnóstico. A PHDA afecta a criança nas diferentes áreas da vida: na escola, na vida familiar, profissional, na comunidade e no relacionamento social.

O contexto educativo é por excelência um bom meio para fomentar o processo de inclusão e integração na primeira fase da vida escolar da criança. Para Pereira (2005, p.47), “o sucesso desta integração dependerá da forma como cada escola, cada professor, cada aluno e cada família se empenhar em resolver os problemas de forma individualizada e adaptada às características de cada um”.

O diagnóstico precoce e preciso do perfil funcional do aluno por uma equipa multidisciplinar, uma intervenção “multimodal” adequada ao aluno com intervenção de estratégias educativas e comportamentais no contexto escolar com apoio educativo ou de Educação Especial (caso se justifique), com programas de treino para pais promotores da envolvimento familiar no processo educativo do aluno e uma educação baseada em regras, promotora de auto-estima e autoconfiança, a frequência no desporto individual e uma medicação associada (se necessário) são essenciais para a criança evoluir de forma positiva até à idade adulta.

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

É importante que todos os professores se mantenham actualizados, isto é, frequentem acções de formação contínua (auto-formação) relativamente à PHDA, para que facilmente consigam fazer o despiste desta perturbação, adoptem práticas/estratégias educativas e comportamentais validadas, de forma a proporcionar uma verdadeira aprendizagem.

Há ainda um longo caminho a percorrer na formação de professores e na educação de pais, através desta base proporcionar-se-á uma verdadeira mudança nas suas atitudes e na prática pedagógica que poderá resultar num alicerce na vida académica dos alunos com PHDA.

Para Pereira (2005, p.56), “os professores devem aceitar os desafios, estar atentos às mudanças e crescer com elas, inventar novas formas de trabalhar com os seus alunos”. Corroborando com Serrano (2006,p.256), para “promover projectos curriculares de turma direccionados para a atenção à diversidade, o professor terá que recolher elementos que lhe permitam usufruir de um conhecimento sucessivamente actualizado das necessidades e dos modos de aprendizagem de cada um dos seus alunos”.

É primordial uma intervenção multimodal e multidisciplinar, com professores, psicólogos, profissionais de saúde, técnicos e encarregados de educação que trabalhem em equipa como verdadeiros parceiros e que se esforcem no sentido de delinear estratégias educativas e comportamentais validadas para cada aluno, através da partilha de conhecimentos e troca de experiências no sentido de ajudar a criança com PHDA a superar as suas dificuldades e a granjear o sucesso académico. É de extrema importância que as escolas disponham de serviços capazes de proporcionar o acompanhamento devido aos alunos com PHDA, nomeadamente ao nível de psicologia.

A importância deste estudo reside no facto de pretendermos consciencializar todos os agentes educativos para um conhecimento mais aprofundado desta problemática, para a necessidade de estratégias educativas e comportamentais diferenciadas, bem como permitir uma reflexão sobre os cursos de formação inicial e contínua de professores. Mais do que nunca cabe a nós, professores, “reinventar” novas práticas pedagógicas que contribuam para promover as aprendizagens dos nossos alunos e alcançar o sucesso académico.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.

Alves, M.(2006). *Escola inclusiva e as crianças hiperactivas: Realidade ou mito?* Dissertação para o Mestrado em Administração e Planificação em Educação. Universidade Portucalense. Porto.

American Academy of Pediatrics. (2001). Subcommittee attention-deficit/Hiperactivity Disorder, clinical practise guideline: Treatment of the school-aged child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 108, 1033-1044.

Anderson,V.;Northam,E.;Hendy,J.&Wrennall,J.(2001).*Developmental Neuropsychology: A clinical approach*. Psychology Press: Taylor & Francis.

Andrews, F. M., Klem, L., Davidson, T. N., O'Malley, P. M., & Rodgers, W. L. (1981). *A guide for selecting statistical techniques for analyzing social science data*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.

Antunes, L. N. (2009). *Mal-entendidos, da hiperactividade à síndrome de asperger, da dislexia às perturbações de sono: as respostas que procura*. Lisboa: Verso da Kapa.

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

Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Climepsi Editores: Lisboa.

Barkley, R. A. (1990). A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: Clinical and research implications. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 343-352.

Barkley, R. A. (2000). *Talking charge of AHDA: the complete, authoritative guide for parents*. Lisboa: Artemed Editora.

Bautista, Rafael (1997). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Batshau, M. L. & Perret, Y. M. (1990). *Criança com deficiência* (1ªed). São Paulo: Editora Maltese.

Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd Edition.). New York: Guildford Press.

Benavente, A. & Correia, A. P. (1980). *Obstáculos ao sucesso na escola primária*. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. Lisboa: Cadernos.

Borg, W. R. & Gall, M. D. (1996). *Educational research*. New York: Longman.

Brennam, W. K. (1990). *El currículo para niños com necesidades especiales*. Madrid: Siglo XXI.

Carmo, H. & Ferreira (1998). *Metodologia de investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Cidad, E. (1986). *Modificación de la conducta en el aula e intergración escolar*. Madrid: Uned.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.

Costa, B. A. (2000). *Currículos funcionais/manual para a formação de docentes*. Lisboa: Instituto de Inovação Cultural M.E.

Costa, P., H. Susana & Pinhal C. (2010). *Juntos no desafio: guia para a promoção de competências parentais*. Leiria: Textiverso 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 (pp. 480-498). New York: Guilford Press.

Chaves, E. (1999). *Hiperactividade e dificuldade de aprendizagem: análise e técnicas de recuperação*. Vila Real: Serviços gráficos da UTAD.

Chaves, E. (2001). *Introdução à educação especial. Um modelo prático para professores*. Vila Real: Serviços Gráficos da UTAD.

Correia, L. M. (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. M. (1998). *Envolvimento parental em intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. M. (1999). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. (2003). *Educação especial e inclusão*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. M. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais*. Porto: Porto Editora.

Conners, C. K. (1989). *Manual for conner's rating scales*. New York: Multi-Health Systems.

Conners, C. K. (1989). *Conner's rating scales- revised: user's manual*. New York: Multi-Health Systems.

Crujeira, T. (2007). *Distúrbio do défice de atenção e hiperactividade*. Monografia da Licenciatura em Ciências Farmacêuticas apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto.

DSM-IV-TR (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Delors, J. (1999). *A educação um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez Editora.

Du Paul, G. J. & Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: assessment and intervention strategies*. Nova Iorque: The Guilford Press.

Du Paul, G. J. & Stoner, G.(1999). *Classroom interventions for ADHD*. New York: Guilford Publications, Inc.

Du Paul, G. J. & Stoner, G.(2007). *TDHA nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção*. São Paulo: M. Books.

Falardeau, G. (1999). *Crianças hiperactivas*. Coleção Viver hoje. Editora Nem Martins.

Fernandes, E. (2007). *Perturbação de défice de atenção e hiperactividade no âmbito escolar*. Dissertação para o Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico. Universidade de Aveiro. Aveiro.

Fernández, S.; Minguez, R. & Casas, M. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno déficit de atención con Hiperactividad. Universidad de Barcelona, Consellería de Cultura, Educación y Deporte Universidad Valencia. *Psciothema*, 19, 585-590.

Fink, A. (1995). *How to ask survey questions*. London: Sage.

Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.

Gioia, G. A., Isquith. P. K. (2004). Ecological assessment of executive functions in traumatic brain injury. *Development Neuropsychology*, 25,135-158.

ICD-10 (1992). *Classification of Mental and Behaviour Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization.

Havey, J.M. (2007). A comparison of Dutch and US Teacher's perceptions of the incidence and management ADHD. *Schpsycho*, 28, 44-52.

Howell, D.C. (1997). *Statistics methods for psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Duxbury Press.

Jones, M. (2004). *Hiperactividade como ajudar o seu filho*. São Paulo: Plexus.

John, O. P. & Benet-Martínez, V. (2000). Measurement: reliability, construct validation, and scale construction. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 339-369). Cambridge: University Press.

Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., Vol.1, pp. 233-265). New York: McGraw-Hill.

Kiess, H. O., & Bloomkist, D. W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.

Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperactivo de défice de atenção em contexto de sala de aula*. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

Lopes, J. (1998). *Necessidades educativas especiais: estudos e investigação*. Braga: S.H.O – Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Lopes, J. e Rutherford, R. (2001). *Problemas de comportamento na sala de aula (identificação, avaliação e modificação)*. Porto: Porto Editora.

Lopes, J. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Mattos, P. (2001). *No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do deficit de atenção com hiperactividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Editorial Lemos.

Morin, Edgar (1996). O desafio da complexidade para uma reforma do pensamento. Conferência promovida pela Escola Superior de Educação Jean Piaget.

Neale, J. M., & Liebert, R. M. (1986). *Science and behavior: An introduction to methods of research* (3rd ed.). New York: Prentice Hall.

Nielson, L. (1999). *Desordens por défice de atenção com e sem hiperactividade*. In L. Nielson. Necessidades educativas especiais na sala de aula. Porto: Porto Editora.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Pardal, L. & Correia, E. (1994). *Técnicas de pesquisa em ciências sociais*. Porto: Areal Editores.

Parker, H. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade: um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Pereira, A. (2004). *SPSS: guia prático de utilização*. (5ª ed.). Lisboa. Edições Sílabo.

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

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

Porfírio, H. Fernandes, J. B. & Borges L. (1998). *A intervenção psicofarmacológica na perturbação de hiperactividade com défice de atenção*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1997). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Grávida Publicações LDª.

Razera, G. (2001). *Hiperactividade eficaz: uma escolha consciente*. Rio de Janeiro. Brasil. Editora IIPC.

Rebelo, Simões e Fonseca (1998). *A hiperactividade da criança vista pelos adultos: dados de um estudo exploratório*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Reimers, C. & Brunger, B. (1999). *ADHD in the young child- driven to redirection: a guide for parents and teacher's of young children with AHDA*. Florida: Specially Press, Inc.

Rief, S. (1998). *The ADD/ADHD checklist: an easy reference for parents and teachers*. New York: Prentice Hall.

Rief, S. (2001). *Estratégias de intervenção na escola*. Trabalho apresentado na II Conferência Internacional sobre transtorno de deficit se atenção/hiperactividade. São Camilo: Centro de Convenções.

Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1986). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis*. New York: McGraw-Hill.

Rhode, L. & Knapp, P. (2002). *Teoria cognitivo - comportamental no transtorno de atenção/hiperactividade*. Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artemed Editora.

Rhode, L. A., Mattos, P. et al. (2003). *Princípios e práticas em transtorno do deficit de atenção/hiperactividade*. Porto Alegre: Artemed Editora.

Rodrigues, A. (2005). *Hiperactividade com défice de atenção, compreender e intervir na escola e na família*. Cascais: Editora CADin.

Rodrigues, A. (2008). *Intervenção multimodal da perturbação de hiperactividade e défice de atenção*. *Diversidades*, 6 (21), 9-12.

Salgueiro, E. (1996). *Crianças irrequietas*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

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

Serrano, J.M. (2005). *Percursos e práticas para uma escola inclusiva*. Tese de Doutoramento em estudos da criança, ramo do conhecimento em Educação Especial. Universidade do Minho. Braga.

Selikowitz, M. (2010). *Défice de atenção e hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.

Spector, P. E. (1992). *Summated rating scale construction: An introduction*. London: Sage.

Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

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

Simões, M. R. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstica da perturbação da hiperactividade com défice de atenção (I): Entrevista. *Psychologica*, 19, 43-82.

Sonuga-Barke, E. (2002). Psychological heterogeneity in ADHD - a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research* 130, 29-36.

Sosin, D. & M. S. (1996). *Compreender a desordem por défice de atenção e hiperactividade*. Porto: Porto Editora.

Schachar, R. (1986). Hyperkinetic syndrome: historical development of the concept. In Taylor, E.A. (Ed.). *The Overactive Child*. (pp19-40). Spastics International. London.

Schweizer, C. & Prekop, J. (2001). *Crianças hiperactivas*. Porto: Âmbar.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Tirapu - Ustárrroz, J.; Muñoz- Céspedes, J. M.; Pelegrín-Valero, C. & Alberniz-Ferreras, A. (2005). Propuesta de un Protocolo de Évaluation de las Funciones Ejecutivas. *Revista de Neurologia*, 41,3,177-186.

Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das necessidades educativas especiais*. Salamanca. UNESCO.

UNESCO (1992). *Declaração de Madrid*. Lisboa. UNESCO.

Vasquez, I. C. (1997). *Hiperactividade*. Bautista (Coord.). Necessidades educativas especiais. Lisboa: Dinalivro.

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

Verlarg, T. G. (2005). *Crianças hiperactivas. Porque é que uma criança é irrequieta e agitada*. Porto: Âmbar.

Willcutt, E. G. Pennington, B. F., Olson, R. K., Chhabildaa, N., & Hulslander, J. (2005) Neuropsychological analyses of comorbidity between reading disability and attention deficit hyperactivity disorder: In search of the common deficit. *Developmental Neuropsychology*, 27, 35-78.

Wolfe, P.(2004). *A importância do cérebro: da investigação à pratica na sala de aula*. Porto. Porto Editora.

Zentall, S. S. (2005). Theory and evidence-based strategies for children with attentional problems. (www.interscience.wiley.com, Ed.) *Psychology in the schools*, 42(8), 821-836.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

Decreto-Lei n.º 3/08 de 7 de Janeiro. *Diário da República nº 4/08 – I Série A*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto. *Diário da República nº 193/91 – I Série A*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro. *Diário da República – Lei de Base do Sistema Educativo n.º 237 – I Série A*. Ministério da Educação. Lisboa.

WEBGRAFIA

Batista, M. (2010). *Estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º ciclo*. Acedido: Setembro, 10, 2010. <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3072/1/Tese%20Luis%20-DEFINITIVA.pdf>

Domingues, A. (2008). *Reptos à Prática docente - O uso das tic no processo de aprendizagem dos alunos com NEE*. Projecto de investigação apresentado ao Departamento de Ciências da Educação da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. <http://repositorio.esepf.pt/handle/10000/69> Acedido: Dezembro, 2, 2009.

Júlio, A. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade De Ciências da Educação da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de mestre orientada por Cristina Petrucci Albuquerque. Coimbra. Acedido: Agosto, 31, 2010. <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/12136/1/Tese%20Ana%20Rita.pdf>

Malaca, I. (2008). *Hiperactividade com défice de atenção: que soluções?: proposta de construção de um programa de formação de pais*. Acedido: Dezembro, 12, 2009. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/736>

Moura, A.(2009). *Hiperactividade*. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre orientada por Helena Aguéda Marujo. <http://hiperactividade.portalpsi.net/definicao.htm> Acedido: Dezembro, 11,2009.

Oliveira, R. (2010). Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências de Educação e Património da Universidade Portucalense do Porto para obtenção do grau de mestre orientada por Maria Celeste Sousa Lopes. Porto. Acedido: Setembro, 11,2011. <http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/262/1/TME%20415.pdf>

Lino, R. L. T. (2005). *Psicologia*. Acedido: Abril, 8,2010.<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0041.pdf>

Lourenço, A. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em contexto escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes dos professores do 1º, 2º e 3º Ciclo*. Dissertação apresentada ao Departamento de Educação Especial da Universidade Técnica de Lisboa para obtenção do grau de mestre orientada por Ana Rodrigues. Lisboa. <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1443/1/Hiperactividade%20e%20D%20c3%a9fice%20de%20Aten%20c3%a7%20c3%a3o%20em%20Contexto%20Ecolar%20-%20ISABEL%20LOUREN%20c3%87O%20-%202009.pdf> Acedido: Janeiro, 9,2010.

ANEXOS

Anexo I

Questionário

Caro Colega:

Este questionário tem como objectivo recolher informações para a Dissertação de Mestrado, no âmbito da Educação Especial. Pretende-se saber as estratégias/práticas educativas dos Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico em relação aos alunos com **Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA)**.

Agradecia que respondesse sempre de acordo com aquilo que pensa, sente ou faz, para que o trabalho evidencie a vossa realidade. As informações são confidenciais e anónimas. Contamos com a sua máxima sinceridade e pedimos-lhe que responda a todas as questões.

Obrigada pela colaboração!

1 – Dados Biográficos

Nível Académico:	Género: M__ F__	Situação Profissional:
Anos de Leccionação:	Idade:	Ano Escolar que lecciona:
Para cada questão que se segue assinale, rodando com um círculo, o número que corresponde à sua resposta:		
Grau de informação anterior sobre PHDA: (0- Nenhum; 1-Pouco; 2- Suficiente; 3- Muito) 0 1 2 3		
Tipo de formação anterior sobre PHDA? (0- Nenhum; 1- Inserida no curso de formação inicial; 2- Conferências, leituras; 3- Acções de formação, cursos pontuais; 4- Pós-graduação/especialização/Mestrado/ Doutoramento) 0 1 2 3 4		
Grau de experiência para lidar com alunos com PHDA? (0- nenhuma; 1- Pouca; 2- Moderada; 3- Muita) 0 1 2 3		
Na sua formação inicial (incluindo estágio pedagógico) frequentou alguma disciplina/módulo/seminário na qual foi abordada a PHDA? (Assinale com um X). Sim__ Não__		
Tem ou teve alunos com diagnóstico PHDA na sua sala? (Assinale com um X). Sim__ Não__ Quantos?_____		

2- Formação (Assinale com um X a opção correcta)

	Sim	Não
Já leccionou em turmas com alunos com PHDA efectivamente diagnosticada por especialistas?		
Já leccionou em turmas com alunos com PHDA que identificou, mas sem estarem diagnosticadas por especialista?		
Já recorreu a psicólogos escolares para determinarem as necessidades dos alunos com PHDA?		
Na sua opinião, tem o Agrupamento de Escolas o número suficiente de psicólogos que permita um acompanhamento efectivo da evolução dos alunos?		
Na sua formação inicial, adquiriu conhecimentos minimamente suficientes para suspeitar que um aluno tem PHDA?		
Na sua formação contínua (cursos, acções de formação, mestrados), adquiriu conhecimentos minimamente suficientes para suspeitar que um aluno tem PHDA?		
Na sua formação contínua (cursos, acções de formação, mestrados), treinou competências para leccionar eficazmente em turmas com alunos com PHDA?		

3- Na sua opinião, quais as características que considera que perturbam mais a vida escolar dos alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)? (Assinale com um X as 5 mais relevantes)

1-Com frequência, não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou lúdicas.	
2-Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas e actividades.	
3-Parece ouvir quando se lhe dirige a palavra.	
4-Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares (sem comportamentos de oposição ou por dificuldades de incompreensão das instruções).	
5-Tem dificuldade em organizar actividades ou tarefas.	
6- Expressa repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental permanente (trabalhos escolares).	

7- Perde objectos necessários a tarefas e actividades (por exemplo: lápis, caderno, livros, exercícios escolares, fichas de trabalho, ou ferramentas).	
8- Distraí-se facilmente com estímulos irrelevantes.	
9-Esquece-se das actividades quotidianas.	
10- Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	
11- Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que esteja sentado.	
12-Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	
13-Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	
14- Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	
15- Fala excessivamente.	

4- Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? Assinale com um X o(s) profissional(ais) que entender.

Professor	
Professor da Educação Especial	
Psicólogo	
Médico/ Neuropsiquiatra	
Outro/Qual? _____	

5- Na sua opinião, indique os problemas associados à PHDA que considera provocarem maior desadaptação. Classifique as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 = menos frequente e 5 = mais frequente.

Dificuldade na relação com os pares.	1	2	3	4	5
Pouca persistência e baixa motivação.	1	2	3	4	5
Comportamentos agressivos e de oposição.	1	2	3	4	5
Não aceitar e respeitar as regras.	1	2	3	4	5
Dificuldades de aprendizagem.	1	2	3	4	5
Baixa auto-estima.	1	2	3	4	5
Comportamentos de risco.	1	2	3	4	5

6- Na sua opinião, qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Classifique as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 = menos importante e 5 = mais importante.

Tratamento Multimodal (medicação, educação dos pais e do aluno sobre o diagnóstico e orientações adicionais para serem aplicadas na escola e em casa).	1	2	3	4	5
Medicação associada a terapia cognitivo-comportamental.	1	2	3	4	5
Medicação.	1	2	3	4	5
Terapia familiar.	1	2	3	4	5
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.	1	2	3	4	5
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.	1	2	3	4	5
Intervenção de uma Equipa Multidisciplinar (Prof. Titular de turma, psicólogo, médico, professor da Educação Especial, Terapeuta da Fala e técnicos especializados).	1	2	3	4	5
Apoio Educativo/Educação Especial	1	2	3	4	5
Outros. Qual? _____	1	2	3	4	5

7- Na sua opinião, quais são os efeitos da medicação em contexto escolar? Classifique as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 = nenhum efeito e 5 = muito efeito.

Melhoria da Atenção	1	2	3	4	5
Apatia	1	2	3	4	5
Auto-controlo	1	2	3	4	5
Maior rendimento escolar	1	2	3	4	5
Diminuição de comportamentos de agressividade	1	2	3	4	5
Melhoria na relação com os pares	1	2	3	4	5

8- Na sua opinião, o que pode fazer o(a) professor(a) quando tem um aluno com PHDA na sala de aula? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante, tendo em conta que 1= mais importante e 11 = menos importante.

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o Apoio Educativo/ Educação Especial	
Participar na construção do PEI e CEI (Plano Educativo Individual e Currículo Específico Individual)	
Participar em adaptações curriculares	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Ter um Projecto Educativo de Escola (PEE) que contemple estas especificidades	
Outro/Qual? _____	

9- As turmas com um menor número de alunos proporcionam um maior apoio individualizado ao aluno com PHDA. (Assinale, com um x, a opção que considera correcta).

☐
☐
☐
☐
☐

Concordo Totalmente

Concordo Parcialmente

Não Concordo nem Discordo

Discordo Parcialmente

Discordo

Totalmente

10- Qual a dimensão que considera ideal para uma turma com crianças com PHDA: (assinale com um x, a opção que considera correcta).

☐ até 10 alunos;

☐ de 11 a 16 alunos;

☐ de 17 a 20 alunos;

☐ de 21 a 28 alunos;

11- A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor, leia com atenção e preencha a tabela indicando o grau de utilização destas estratégias, no seu quotidiano de trabalho com estas crianças. Classifique as seguintes afirmações, tendo em conta que 1 = menos frequente e 5 = mais frequente.

1. Sentar o aluno na primeira fila.	1	2	3	4	5
2. Estabelecer regras na sala de aula (identificadas e afixadas)	1	2	3	4	5
3. Organização da sala de aula.	1	2	3	4	5
4. Ignorar pequenos comportamentos inadequados.	1	2	3	4	5
5. Verificar sempre se o aluno compreendeu as explicações ou instruções.	1	2	3	4	5
6. Utilizar o contacto visual não só como forma de controlo de comportamentos, mas também como forma de manter o ritmo de trabalho destes alunos.	1	2	3	4	5
7. Antes de iniciar uma actividade, dizer aos alunos quais os comportamentos adequados a utilizar no decorrer da mesma.	1	2	3	4	5
8. Chamar atenção para a parte da aula mais importante.	1	2	3	4	5
9. Indicar ao aluno as palavras-chave que deve sublinhar no seu caderno.	1	2	3	4	5

10. Comunicar frequentemente as suas expectativas sobre a utilização do tempo disponível na sala de aula.	1	2	3	4	5
11. Dar tempo extra para a realização de tarefas.	1	2	3	4	5
12. Utilizar o reforço positivo, premiando a realização de tarefas.	1	2	3	4	5
13. Repreender comportamentos impróprios.	1	2	3	4	5
14. Utilizar instruções rápidas, curtas e bem direccionadas para cada tarefa.	1	2	3	4	5
15. Supervisionar frequentemente o trabalho.	1	2	3	4	5
16. Circular entre as carteiras, procurando fornecer feedback aos alunos.	1	2	3	4	5
17. Utilizar registos diários e/ou semanais do professor para o Encarregado de Educação.	1	2	3	4	5
18. Elaborar relatórios diários e semanais com objectivos específicos de comportamento e feedback como os mesmos foram alcançados.	1	2	3	4	5
19. Utilizar estratégias de controlo de comportamento (ex: se terminar o trabalho, poderá ter tempo livre).	1	2	3	4	5
20. Recorrer a um sistema de Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios).	1	2	3	4	5
21. Recorrer a um sistema de Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	1	2	3	4	5
22. Preparar um “canto” na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	1	2	3	4	5
23. Elaborar um contrato de contingências (comportamental).	1	2	3	4	5
24. Utilizar estratégias de custo de resposta (ex: perder 5 minutos de intervalo, por cada trabalho não realizado).	1	2	3	4	5
25. Implementar consequências para a turma e para o grupo (ex: actividade especial para todos, se a turma se portar bem).	1	2	3	4	5
26. Recorrer ao <i>time-out</i> (tempo de afastamento da turma).	1	2	3	4	5
27. Enviar o aluno para o Gabinete do Director.	1	2	3	4	5
28. Colocar lembretes na carteira do aluno (ex: permanecer sentado, escrito no cartão, colocado na mesa do estudante).	1	2	3	4	5
29. Promover competências sociais, de forma individual ou em pequeno grupo.	1	2	3	4	5
30. Utilizar estratégias de auto-monotorização, auto-avaliação e auto-controlo.	1	2	3	4	5
31. Recorrer a um Tutor.	1	2	3	4	5
32. Transmitir ao Encarregado de Educação quais os trabalhos escolares que o aluno tem de efectuar em casa.	1	2	3	4	5
33. Transmitir/notificar os Encarregados de Educação quando há trabalhos de casa atrasados.	1	2	3	4	5
34. Informar o aluno previamente das datas de avaliação.	1	2	3	4	5
35. Aplicar o regulamento disciplinar da Escola (ex: normas de conduta e procedimentos disciplinares).	1	2	3	4	5
36. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para a avaliação esse comportamento.	1	2	3	4	5

37. Informar o Encarregado de Educação do mau comportamento do aluno.	1	2	3	4	5
38. Ameaçar o aluno (ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	1	2	3	4	5

12- Enumere, de 1 a 6, por grau de importância, as práticas educativas que considera mais apropriadas a utilizar com crianças PHDA, considerando que 1 = mais importante e 6 = menos importante).

- ____ Formação/educação dos pais e professores para lidar com crianças com PHDA.
- ____ Criar/proporcionar à criança actividades de lazer/desporto, etc.
- ____ Educação centrada na tolerância, na empatia, na compreensão, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança.
- ____ Intervenção centrada na coordenação simultânea de vários agentes educativos.
- ____ Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão.
- ____ Apoio pedagógico através de um ensino/educação individualizados com a participação de técnicos especializados.

Agradeço a sua disponibilidade

Anexo II

ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Conners, PhD. – 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues – Departamento de educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana.

Nome:		Sexo:	F	M
Data de Nascimento:	Idade:	Ano de escolaridade:		
Nome do Professor:		Data de Preenchimento:		
Observações:		Código:		

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?" e marque a melhor resposta para cada um.

Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA - 0		UM POUCO - 1	FREQUENTEMENTE - 2	MUITO FREQUENTEMENTE - 3			
1	Desatento(a), distrai-se facilmente			0	1	2	3
2	Comportamento de desafio face ao adulto			0	1	2	3
3	Inquieto(a), "Tem bichos carpinteiros" (mexe o corpo sem sair do lugar)			0	1	2	3
4	Esquece-se de coisas que ele ou ela já aprenderam			0	1	2	3
5	Perturba as outras crianças			0	1	2	3
6	Desafia o adulto e não colabora com os pedidos que lhe são feitos			0	1	2	3
7	Mexe-se muito como estivesse sempre "ligado(a) a um motor"			0	1	2	3
8	Soletra de forma pobre			0	1	2	3
9	Não consegue manter-se sossegado(a)			0	1	2	3
10	Vingativo(a) ou maldoso(a)			0	1	2	3
11	Levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que deveria ficar sentado(a)			0	1	2	3
12	Mexe os pés e as mãos e está irrequieto(a) no seu lugar			0	1	2	3
13	Capacidade de leitura abaixo do esperado			0	1	2	3
14	Tem um tempo curto de atenção			0	1	2	3
15	Argumenta com os adultos			0	1	2	3

16	Dá apenas atenção a coisas em que está realmente interessado(a)	0	1	2	3
17	Tem dificuldade em esperar a sua vez	0	1	2	3
18	Não se interessa pelo trabalho escolar	0	1	2	3
19	Distraído(a) ou apresentando curto tempo de atenção	0	1	2	3
20	Tem um temperamento explosivo e imprevisível	0	1	2	3
21	Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados	0	1	2	3
22	Pobre em aritmética	0	1	2	3
23	Interrompe e intromete-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros)	0	1	2	3
24	Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou actividades de lazer, de forma sossegada	0	1	2	3
25	Não termina as coisas que começa	0	1	2	3
26	Não segue instruções que lhe foram dadas e não termina o trabalho escolar (não devido a comportamentos de oposição nem por falta de compreensão do que lhe foi pedido)	0	1	2	3
27	Excitável e impulsivo(a)	0	1	2	3
28	Inquieto(a), sempre a levantar-se e a movimentar-se pelo espaço	0	1	2	3

Muito obrigada pela sua colaboração

Anexo III

ESCALA DE CONNERS PARA PAIS – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Connors, PhD. – 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues – Departamento de educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana.

Nome:	Sexo:	F	M
Data de Nascimento:	Idade:	Ano de escolaridade:	
Nome do Encarregado de Educação:		Data de Preenchimento:	
Observações:		Código:	

Abaixo estão discriminados os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: “Com que frequência isto aconteceu no último mês?” e marque a melhor resposta para cada um.

Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA - 0		UM POUCO - 1		FREQUENTEMENTE - 2		MUITO FREQUENTEMENTE - 3			
1	Desatento, distrai-se facilmente					0	1	2	3
2	Furioso(a) (zanga-se com facilidade) e ressentido(a)					0	1	2	3
3	Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa					0	1	2	3
4	Está sempre a movimentar-se ou age como “tendo as pilhas carregadas” ou como se “estivesse ligado(a) a um motor”					0	1	2	3
5	Tempo curto de atenção					0	1	2	3
6	Discute / argumenta com os adultos de forma desadequada					0	1	2	3
7	Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado(a) no lugar					0	1	2	3
8	Não consegue completar as suas tarefas, deveres ou trabalhos					0	1	2	3
9	Difícil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos					0	1	2	3
10	Desarrumado(a) ou desorganizado(a) em casa ou na escola					0	1	2	3
11	Perde o controlo					0	1	2	3
12	Precisa de acompanhamento para executar as suas tarefas, deveres ou trabalhos					0	1	2	3
13	Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa					0	1	2	3
14	Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados					0	1	2	3

15	Distraído(a) ou com um tempo de atenção curto	0	1	2	3
16	Iritável	0	1	2	3
17	Evita, expressa relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço mental continuado (tal como trabalhos da escola ou de casa)	0	1	2	3
18	Irrequieto(a), "tem bichos carpinteiros" (mexe o corpo sem sair do lugar)	0	1	2	3
19	Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa	0	1	2	3
20	Desafia o adulto ou recusa satisfazer os pedidos que lhe são feitos	0	1	2	3
21	Tem problemas em concentrar-se nas aulas	0	1	2	3
22	Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo	0	1	2	3
23	Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado(a)	0	1	2	3
24	Deliberadamente faz coisas para irritar os outros	0	1	2	3
25	Não segue instruções e não acaba os trabalhos, tarefas e obrigações no lugar (não é dificuldade em entender as instruções ou recusa)	0	1	2	3
26	Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente	0	1	2	3
27	Fica frustrado(a) quando não consegue fazer qualquer coisa	0	1	2	3

Muito obrigada pela sua colaboração

Anexo IV

Exemplo de Contrato Comportamental e Pedagógico entre Aluno, Enc. de Educação e Professores:

Modelo de Contrato Comportamental e Pedagógico
--

Cabe ao **Encarregado de Educação**:

- a) Acompanhar o seu educando todos os dias através de um breve diálogo com o mesmo sobre o seu dia na escola;
- b) Ouvir as dificuldades apontadas pelo aluno, nunca se esquecendo de procurar o Professor Titular de Turma para apurar algo que eventualmente esteja a interferir no processo de aprendizagem;
- c) Vir à escola pelo menos duas vezes por período lectivo e sempre que considerar necessário;
- d) Junto com o aluno, avaliar o grau de cumprimento do contrato para que possa dar conta dessa avaliação ao Professor Titular de Turma;
- e) Controlar a assiduidade e pontualidade do aluno;
- f) Controlar a execução dos trabalhos de casa e as datas respectivas;
- g) Orientar o aluno na colocação dos livros, cadernos, materiais, equipamento na mochila.

(assinatura do Encarregados de Educação)

Cabe ao **Aluno**:

Eu, (nome do/a aluno/a) _____,
_____º ano, da turma _____ comprometo-me a fazer o seguinte:

Na aula:

1. Ser assíduo, pontual e empenhado;
2. Entrar na sala de forma ordeira e com o mínimo barulho possível;
3. Logo que entrar na sala dirigir-se para o seu lugar e preparar o material para iniciar o trabalho da aula;
4. Comportar-se adequada e correctamente, assumindo uma postura de interesse perante as aprendizagens que lhe são propostas;
5. Manter-se atento e jamais perturbar os colegas da turma, mantendo para com eles e com os professores uma postura de respeito;
6. Intervir oportunamente na aula, aguardando que lhe seja dada palavra pelo professor;
7. Participar na aula, procurando que esta participação seja reflectida;
8. Nunca se abster de colocar dúvidas na aula sobre os assuntos que estão a ser abordados;
9. Realizar as actividades propostas na aula, aplicando conhecimentos adquiridos;
10. Obter, no mínimo, 50% nas fichas de avaliação e outros instrumentos;
11. Respeitar o material escolar;
12. Não sujar a sala, arrumar as cadeiras antes de sair da sala.

Fora da aula:

13. Participar com regularidade nas diferentes actividades dinamizadas pelos professores do curso e/ou da escola em geral;
14. Realizar os trabalhos de casa propostos pelos professores;
15. Estudar, dedicando no mínimo 30 minutos diários;
16. Aponter os trabalhos de casa na Folha de Registo.
17. Realizar trabalhos de casa propostos pelas disciplinas.
18. Não interromper o(a) professor(a) sem pedir licença, levantando o dedo sempre que quiser participar.

19. Respeitar o Professor e a opinião dos colegas.

20. Organizar a minha mochila com os cadernos e livros para o dia seguinte.

No fim da semana, se tiver cumprido este contrato, o(a) professor(a) far-me-á uma surpresa agradável.

No fim da semana, se tiver cumprido este contrato, poderei escolher um jogo para computador ou ir com os meus pais ver um filme.

Se não tiver cumprido a maior parte dos pontos acordados neste contrato, não vou sair de casa durante o próximo fim-de-semana e fico obrigado(a) a fazer tudo aquilo que não cumpri.

Concordo com tudo o que está escrito neste contrato e, por isso mesmo, o assino.

(assinatura do(a) Aluno(a))

Cabe ao **Professor Titular de Turma:**

a) Ser o primeiro a entrar na sala;

b) Manter a disciplina na sala;

c) Transmitir os conteúdos utilizando materiais didácticos e estratégias pedagógicas diversificados;

d) Utilizar diversas técnicas e instrumentos na avaliação dos alunos aula a aula;

e) Ponderar critérios como a assiduidade, a pontualidade e outras atitudes e comportamentos favoráveis à aprendizagem de cada aluno;

f) No final da aula mandar: arrumar a sala, apagar o quadro e deitar os papéis ao caixote do lixo;

1.1. Fora da aula:

a) Elaborar materiais didácticos de apoio à formação, tendo em vista os conteúdos a transmitir;

b) Reformular estratégias pedagógicas diferenciadas;

c) Reformular técnicas e instrumentos de avaliação;

d) Planificar/gerir a recuperação de aprendizagens e de módulos em atraso, tendo em vista o cumprimento dos planos de formação;

O Professor Titular de Turma: _____

Data: _____