

Maria Teresa Alves Cabeça

**A Hiperactividade no
Pré-Escolar**

Orientador: Prof. Doutor Nuno Mateus

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

**Lisboa
2012**

Maria Teresa Alves Cabeça

A Hiperactividade no Pré-Escolar

Orientador: Prof. Doutor Nuno Mateus

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Dissertação apresentada para obtenção
do Grau de Mestre em Educação
Especial no curso de Mestrado em
Ciências da Educação – Educação
Especial conferido pela Escola Superior
de Educação Almeida Garrett

Orientador: Prof. Doutor Nuno Mateus

**Lisboa
2012**

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais pelo amor, apoio e pelo sacrifício e esforço, que fizeram para eu chegar até aqui. Nunca teria conseguido sem vocês.

Agradecimentos

Desejo expressar os meus agradecimentos sinceros a todas as pessoas que contribuíram directa ou indirectamente, com os seus conhecimentos, sugestões e incentivos para a realização deste trabalho:

- Gostaria de agradecer ao Professor Doutor Nuno Mateus, pela sua disponibilidade, colaboração e orientação ao longo de todo o trabalho;
- Aos meus avós paternos. Apesar do meu avô não estar presente, mas tenho-o no meu coração. Tenho muita pena de não poder partilhar com ele esta minha felicidade.
- À minha amiga Anabela Jacinto pelo apoio que me deu ao longo deste trabalho.
- À minha amiga Vanessa Caseiro pelo apoio que me deu ao longo desde trabalho
- À minha amiga Isabel Romeiras pelo apoio que me deu ao longo desde trabalho.

Abreviaturas

A.P.A – American Psychiatria Associartion

D.A. – Dificuldades de Aprendizagem

D.D.A.H – Distúrbio de Défice de Atenção com Hiperactividade

D.S.M – IV – Diagnostical and statistical manual of mental disorders

L.B.S.E. – Lei de Bases do Sistema Educativo

D.H.D.A - Distúrbio Hiperactivo e Défice de atenção

D.G.I.D.C – Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

SPSS - Statistic Pachage for the Social Science

Índice

Dedicatória	3
Agradecimentos.....	4
Abreviaturas	5
Índice.....	6
Índice de gráficos.....	8
Resumo	9
Abstract	10
Introdução.....	11
Parte I - Enquadramento teórico	14
Capítulo I – História da hiperactividade como deficiência	15
1. Neuroeducação	15
2. Hiperactividade	17
2.1. Funcionamento do cérebro	18
2.1.1. Lesões cerebrais e Hiperactividade.....	18
2.1.2. Alterações do Desenvolvimento Cerebral no DHDA.....	18
2.2. Teorias explicativas.....	20
2.3. Os factores subjacentes.....	20
Capítulo II – Enquadramento teórico da hiperactividade	23
2.1. O conceito.....	23
2.2 Evolução do conceito	24
2.3. As Características da hiperactividade	26
2.4. O diagnóstico da hiperactividade	28
2.4.2.1. DSM IV.....	32
2.4.2.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF ..	33
Capítulo III – Escola Inclusiva	35
3.1. O conceito de inclusão.....	35
3.2. Educação inclusiva	36
Capítulo IV – A hiperactividade no pré-escolar.....	38
4.1. As estratégias e intervenções práticas a adoptar na sala.....	38
4.2. O papel da escola	43
4.3. Intervenções em sala de aula	44
4.4. As técnicas a utilizar pelo educador de infância para ajudar a criança hiperactiva	45
4.5. A intervenção farmacológica	47
4.5.1. Terapia do comportamento	49
4.5.1.1 – No âmbito familiar	49
4.5.1.2 – No âmbito escolar	50
4.5.1.2.1. Orientações psicopedagógicas.....	51

4.5.2. Tratamento cognitivo – comportamental.....	52
4.5.2.1 – A aprendizagem e o Treino de Auto-Aprendizagem de Meichembaum (1969)	53
4.5.2.2 – Programa de Autocontrolo de Kendall & colaboradores (1980)	53
4.5.2.3 – Treino de Comportamentos Sociais.....	54
4.5.2.4 – Técnica da Tartaruga (Schneider & Robin, 1976).....	54
4.6. Quais são os sintomas de uma criança com hiperactividade.....	55
Parte II – Estudo Empírico	57
Capítulo V – Metodologia de investigação	58
5.1. Natureza do estudo.....	58
Design do estudo	59
Estudo de caso	60
5.2. Objectivo da investigação	61
5.3. Justificação dos objectivos	62
5.4. Definição do problema	63
Variáveis	65
5.6. População/amostra	67
Caracterização da amostra	68
5.7. Procedimentos	70
5.8. Instrumento de investigação	73
5.8.1 Inquérito por questionário.....	73
5.8.3. Entrevista	75
5.9. Tratamento dos dados	77
Capítulo VI – Apresentação de resultados	78
Capítulo VII – Análise e discussão dos dados.....	88
Capítulo VIII – Conclusões.....	93
Limitações do estudo	97
Linhas de investigação.....	98
Referências bibliográficas	99
Webgrafia	103
Anexos.....	I
Anexo1.....	II
Anexo2.....	VII

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Dados sócio- profissionais: A2 tempo de Experiência	68
Gráfico 2 - Dados sócio-profissionais : A1 Habilitações académicas	69
Gráfico 3 - B - Características da criança.....	78
Gráfico 4 - B- Características da criança.....	79
Gráfico 5 - B- Características da criança.....	80
Gráfico 6 – C- Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula.....	80
Gráfico 7 - C - Estratégias utilizadas em ambiente sala de aula	81
Gráfico 8 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula.....	81
Gráfico 9 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula.....	82
Gráfico 10 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula.....	83
Gráfico 11 - C – Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula.....	84
Gráfico 12 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula.....	85
Gráfico 13 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula.....	86
Gráfico 14 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula.....	87

Resumo

A presente investigação, aborda o tema “A Hiperactividade no Pré-escolar”, uma temática cada vez mais actual que no dia á dia vem preocupando toda a comunidade educativa.

Esta investigação tem como pergunta: Quais as estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva? Tem como objectivo geral verificar o sucesso da integração da criança com características de hiperactividade na sala de aula.

A investigação, quanto à metodologia é de natureza quantitativa, pois pretendo alargar o meu estudo a todo o concelho do Barreiro. Através da utilização de técnicas, podemos chegar a uma maior amostra de pessoas e, desta forma, poder obter respostas às nossas hipóteses de investigação.

A nível educativo existe todo um conjunto de estratégias e modificações que se podem aplicar no ambiente de aprendizagem e nos métodos de trabalho do educador de infância, com vista a melhorar o desempenho escolar das crianças hiperactivas. Assim, é, importante estabelecer estratégias que permitam, mais facilmente, ajustar o comportamento da criança, de tal modo que esta aprenda e deixe que as outras crianças, onde se encontra integrada, aprendam também.

Palavras-chave: DDAH; Educador de Infância; Estratégias a aplicar em ambiente de sala de aula.

Abstract

This research addresses the theme of "hyperactivity in pre-school", a subject that is increasingly present on the day to day is worrying the entire educational community.

This research aims to question: what are the strategies to be applied by the childhood educator in classroom environment with an overactive child? Aims to verify the success of integration usually children with hyperactivity characteristics in the classroom.

Research on the methodology is quantitative in nature, because I want to extend my study to the entire city of Barreiro. Through the use of techniques, we can reach a larger sample of people and thus be able to obtain answers to our research hypotheses.

The educational level there is a whole set of strategies and modifications that can be applied to the learning environment and the working methods of the early childhood educator to improve the school performance of children hyperactive. It is therefore, important to establish strategies to more easily adjust the behavior of the child, so that this learn and let other children, where integrated, learn well.

Keywords: DDAH; Childhood Educator; Strategies to be applied in the classroom environment

Introdução

“Se uma criança não pode aprender da maneira que é ensinada, é melhor ensiná-la da maneira que ela pode aprender” (Welchamann).

Esta investigação insere-se no mestrado de Ciências da Educação, na especialidade de Educação Especial no âmbito da unidade curricular de Dissertação, orientada pelo Professor Doutor Nuno Mateus.

A temática escolhida para esta investigação “A Hiperactividade no Pré-escolar”, tem como pergunta Quais as estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva?

As crianças hiperactivas sentem imensas dificuldades, em cumprir regras, em estar sossegada, sentada e calada, esta situação é frustrante. Ao conhecer minimamente esta problemática saberemos ajustar o nosso comportamento e as nossas atitudes perante uma criança hiperactiva. Poderemos assim ajudá-las, tornando-as mais centradas e estimuladas.

A hiperactividade é caracterizada pela diminuição ou falta do controlo da actividade.

As crianças hiperactivas apresentam comportamentos de impulsividade e desatenção em diferentes níveis, desadequados para o seu grau de desenvolvimento. Sentem muitas dificuldades em terminar e organizar os trabalhos pré-escolares, que normalmente são desorganizados, realizados à pressa e de forma impulsiva. Respondem às questões de forma atrapalhada e precipitada, não conseguem esperar pela sua vez para responder, fazem comentários desadequados interrompem constantemente a educadora de infância, não respeitam as instruções que lhe são dadas, é muito difícil manterem-se sentadas no lugar e quando o fazem estão em constante movimento e por vezes são demasiado barulhentas.

Actualmente a hiperactividade é considerada um distúrbio psiquiátrico, ou seja, é considerada uma doença, interferindo nas capacidades das crianças. As crianças hiperactivas dispersam facilmente a sua atenção, devido ao seu comportamento irrequieto, exigindo assim uma atenção especial.

Segundo Fortin (1996) “a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos”

Esta investigação é um estudo de caso que pretende atingir o seguinte objectivo geral: Verificar o sucesso da integração da criança com características de hiperactividade na sala de aula.

A amostra desta investigação é de 40 Educadoras de Infância, pertencentes a vinte jardins-de-infância (pré-escolar), do concelho do Barreiro, incluindo a rede pública e a

privada, onde existem crianças com e sem hiperactividade. Utilizamos o questionário (anexo 1).

Ao longo da investigação, e para melhor compreensão do tema apresentado, tentaremos dar uma visão histórica dos seguintes capítulos:

Capítulo I - história da hiperactividade como deficiência onde consta as teorias explicativas; os factores subjacentes (neurológicos, pré-natais e perinatais, pós-natais, genéticos, ambientais e variáveis psicológicas) e a abordagem diacrónica da hiperactividade.

No capítulo II – enquadramento teórico da hiperactividade, consta o conceito; características e a prevalência da hiperactividade.

No capítulo III – escola inclusiva, consta o conceito e a educação inclusiva.

No capítulo IV – a hiperactividade no pré-escolar, consta as estratégias e intervenções práticas a adoptar na sala; o papel da escola, as consequências das intervenções em sala de aula; as técnicas a utilizar pelo educador de infância para ajudar a criança hiperactiva; a intervenção farmacológica e os sintomas de uma criança com hiperactividade.

No capítulo V – refere-se ao estudo empírico sobre as estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva, com uma amostra de 40 educadores de infância, pertencentes a vinte jardins de infância (pré-escolar), do concelho do Barreiro, incluindo a rede pública e a privada, onde existem crianças com e sem hiperactividade. E duas entrevistas (anexo 3) e um questionário.

A metodologia de triangulação tanto qualitativa como quantitativa, mas predomina a quantitativa.

Os resultados foram analisados através da análise estatística descritiva através frequência absoluta e média aritmética, utilizando o programa *SPSS (Statistic Package for the Social Science, versão 19)*.

No capítulo VI - procedemos à análise e apresentação de dados recolhidos através de um inquérito por questionário (anexo1). Na análise estatística descritiva através frequência absoluta e média aritmética dos dados foi utilizado o programa *SPSS (Statistic Package for the Social Science, versão 19)*.

No capítulo VII - apresenta-se a discussão dos resultados do estudo realizado sobre as estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva.

A conclusão final – que configura o capítulo VIII – anuncia os principais objectivos da sistematização e desenvolvimento do estudo no contexto das diversas teorias sobre

hiperactividade e evidencia ainda, os resultados mais importantes da análise estatística de verificação da problemática e discussão do estudo.

Um dos desafios que se coloca hoje em dia aos educadores de infância e aos jardins de infância é o de educar todas as crianças sem excepção. O direito de todas as crianças à Educação é inquestionável, no entanto existem ainda práticas que têm de ser alteradas para que a inclusão se torne uma realidade.

Parte I - Enquadramento teórico

Capítulo I – História da hiperactividade como deficiência

1. Neuroeducação

De acordo com o Instituto da Inteligência – Mental Performance Systems (2010, pág.2), “novos desafios exigem novas respostas. E essas respostas podem exigir novos conhecimentos. O papel do educador na Era do Conhecimento exige um conjunto de novos saberes que facilitem a sua tarefa. Ele deixou de ser um transmissor de conhecimentos para se transformar num agente mediatizador e facilitador de aprendizagens que, no seu conjunto, desenvolvam o aluno como ser total e não como um simples aprendiz. E o ser total é “ser humano” liberto de medos, inibições e preconceitos para poder ser capaz de libertar todos os seus recursos intelectuais e a sua potencialidade de aprendizagem, inteligência e criação. Conhecer não é apenas memorizar; é saber processar a informação recebida transformando-a no seu próprio conhecimento e em estado de abertura permanente para criar novos conhecimentos”.

Grande parte do fascínio da neurociência para Limb (2009, pág. 1-2) “reside na sua capacidade de estudar as características mais complexas do cérebro humano. O cérebro humano é uma massa de neurônios que falam uns com os outros, através de neurotransmissores e impulsos elétricos. O cérebro é um órgão maravilhoso, surpreendente”.

Esta nova perspectiva de neurociência para Olivestam (2010, pág.9) “é a base para o desenvolvimento da teoria do ensino e da aprendizagem, chamada de neuroeducação. A neuroeducação só foi possível devido às novas tecnologias em estudos do cérebro humano, (a sua estrutura e a sua função), no final do ano 2000. Usando ressonância magnética e programas de computadores poderosos para processamento de dados já não temos de estudar as funções do cérebro do lado de fora. Além disso refere que, essas alterações na Neurociência são o ponto de partida para uma mudança de paradigmas educacionais antigos. Partilhamos da opinião, que a interpretação dos dados é essencial para o desenvolvimento da teoria do neuroeducational. A Neuroeducação pode enriquecer a abordagem estabelecida para ensino e aprendizagem, vinculando o comportamento de uma pessoa com os mecanismos neurais que ocorrem dentro do cérebro. Neuroeducação pode, de forma lógica e livre de contradição, desenvolver uma teoria de nível global ou holística para compreender a “aprendizagem”. A neuroeducação compreende quais e como os distúrbios e doenças nervosas e mentais podem afetar a aprendizagem dos alunos. E como os educadores podem colaborar com outros profissionais para ajudar a identificar problemas em sala de aula, de modo a enfrentá-los com novos métodos de educação especial para a inclusão social dos seus alunos afectados”.

Através da Iniciativa neuroeducação, de acordo com Limb (2009, pág. 1-2) “iremos aprender um dia como os cérebros são educados, e a maneira mais eficaz para facilitar estes processos. Iremos aprender como o cérebro de uma criança hiperactiva será educado e a maneira mais eficaz de facilitar a sua aprendizagem. Entretanto, os cientistas vão continuar a recolher informação, e os professores continuarão a fazer o melhor que podem com os alunos”.

2. Hiperactividade

O tema hiperactividade de acordo com Shaywitz & Shaywitz, (1992, pág. 15) “é um tema que apesar de muito falado, suscita diversas controvérsias sobre a sua origem. *“O Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção é não só um dos mais estudados, como um dos mais controversos distúrbios do desenvolvimento da infância”*”.

Conforme afirma Falardeau (1997, pág. 21) *“a hiperactividade define-se por uma diminuição ou ausência de controlo no individuo que dela sofre. O hiperactivo é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo”*.

O Distúrbio Hiperactivo e Défice de atenção para Lopes (2004) “tem um impacto escolar muito grande devido às competências sociais e académicas que são exigidas ao aluno. A criança hiperactiva apresenta um défice de atenção muito grande, uma grande impulsividade e uma grande instabilidade física e emocional. Estas crianças são muitas vezes incompreendidas, sendo o seu comportamento rotulado como característico de criança sem educação e desinteressada pela escola. Daí que a sua conduta desorganizada, para além de se repercutir na aprendizagem, afecta o seu comportamento e consequente sociabilização, aumentando o sentimento de baixa auto-estima por ser rejeitado pelos seus pares e adultos. Na maioria dos casos, as crianças/jovens com esta perturbação são percepcionadas de um ponto de vista claramente enviesado e negativo devido, sobretudo, à confusão de conhecimentos (ou até mesmo devido à ausência destes) que muitos agentes de educação demonstram sobre o DHDA. Na verdade, praticamente ninguém ousaria associar adjectivos como “criativo, trabalhador, confiante, observador, prático”, entre outros, para caracterizar crianças/jovens com DHDA. Estas crianças não têm capacidade de reflexão, devido à sua impulsividade e à sua incapacidade de inibição proferem frases inadequadas, são precipitadas e não têm paciência por esperar a sua vez quando em interacção com os outros”.

Chaves (1999, pág. 9) refere-se ao “insucesso frequente da criança em agir de maneira adequada em relação à idade em situações que impõem actividade motora restrita, manutenção, resistência a influências distractivas, e inibição de respostas impulsivas”.

2.1. Funcionamento do cérebro

2.1.1. Lesões cerebrais e Hiperactividade

Segundo Lopes (2004, pág. 134), “a hipótese de existência de um qualquer tipo de lesão cerebral em crianças hiperactivas esteve sempre presente nas conjecturas dos investigadores. Sabe-se hoje que não mais de 5-10% das crianças poderão ter desenvolvido hiperactividade na sequência de uma lesão cerebral provocada por acidente ou por qualquer outra anomalia, pelo que a hipótese em si deve ser abandonada”.

Já Selikowitz (2010, pág.130), tem a ideia de que “o comportamento é determinado exclusivamente por factores externos já não é defensável. Há inúmeras provas de que o cérebro de uma criança não é uma “placa em branco” e que as diferenças no desenvolvimento cerebral, na estrutura e na função podem suscitar problemas de aprendizagem e comportamentais que não são uma consequência do ambiente que os rodeia. Mais importante foi ter-se chegado à conclusão de que para ajudar muitas crianças com dificuldades de comportamento e aprendizagem, é preciso tratar a incapacidade básica da função cerebral”.

2.1.2. Alterações do Desenvolvimento Cerebral no DHDA

Bioquímica cerebral

Segundo Lopes (2004, pág. 135), “tem-se vindo a acumular alguma evidência quanto a uma possível deficiência ao nível dos neurotransmissores (nomeadamente a dopamina) nos sujeitos hiperactivos. Por um lado, devido ao facto de as drogas estimulantes, que se supõe aumentarem a disponibilidade da dopamina no córtex pré-frontal, revelaram uma considerável eficácia na redução dos níveis de agitação e de desinibição comportamental: por outro lado, estudos com animais apontam para uma deficiência no mecanismo da dopamina no cérebro dos sujeitos DHDA.

De acordo com Falardeau (1997, pág. 35), “no que respeita às células, notemos que a transmissão das informações de uma para outra célula nervosa é feita por meio de substâncias químicas denominadas “transmissores neurais”. Essas substâncias são segregadas pela célula que emite a informação e captadas pela célula que recebe a informação. Parece que os hiperactivos são vítimas de uma disfunção desses transmissores neurais, especialmente de um deles, a dopamina. Com efeito, a dopamina estaria deficiente, o que conduziria a um abrandamento da transmissão entre células. Esse abrandamento criaria uma diminuição da actividade na zona do cérebro afectada”.

Actividade cerebral

Para Lopes (2004, pág. 135), “os múltiplos estudos publicados sobre a actividade cerebral de crianças e adultos hiperactivos evidenciam uma actividade diminuída na área pré-frontal do córtex. Esta diminuição é visível:

- ♦ Schaughency & Hynd, (1989, Pág. 46) “ao nível da actividade eléctrica do cérebro (a qual pode ser aumentada através da utilização de estimulantes);”

- ♦Henricksen & Bruhn (1989, pág. 48-52), “ao nível do fluxo sanguíneo, particularmente no núcleo caudado, parte integrante do corpo estriado. Sabe-se que este desempenha uma importante função na inibição comportamental e na manutenção da atenção. Este abaixamento do fluxo sanguíneo parece ligar-se a uma deficiente produção da dopamina nesta zona, limitando as capacidades de inibição do sujeito (o mesmo acontece na doença de Parkinson). Por outro lado, as conexões do corpo estriado com o sistema límbico (responsável pelo controlo das emoções, motivação e memória) acarretam, nos sujeitos com DHDA, dificuldades nas funções pelas quais este é responsável”.

Conforme afirma Lopes (2004, pág. 136), “para muitos pais e educadores, poderá parecer estranho que se fale em níveis de activação cerebral diminuídos quando eles enfrentam problemas com níveis excessivos e até insustentáveis de actividade motora, linguística e cognitiva dos filhos. Contudo, se considerarmos que o problema reside na sub-activação de zonas do cérebro envolvidas na inibição comportamental e consequentemente no auto-controlo, perceberemos melhor a razão pela qual a medicação, apesar do seu papel activador da actividade cerebral, permite uma diminuição significativa de comportamentos socialmente inadequados”.

Selikowitz (2010, pág.135-136), refere “os lobos frontais formam o “posto de comando” do cérebro e são muitas vezes comparados ao maestro de uma orquestra. Há outras partes do cérebro que são análogas aos músicos, cada um com um instrumento para tocar a sua parte – mas é o maestro que garante que todos tocam em orquestra, de uma forma integrada, equilibrada e com um propósito. Um comandante é apenas tão bom quanto as suas linhas de comunicação, e se as ligações que estabelecem o contacto entre o lobo frontal e as demais partes do cérebro não funcionarem adequadamente o resultado não é muito diferente do que aconteceria se os próprios lobos frontais estivessem a funcionar mal. Na maior parte das crianças com PHDA são as ligações de contacto dos e com os lobos frontais que não funcionam bem”.

2.2. Teorias explicativas

Segundo Garcia (2001, pág.28), “entre as possíveis causas investigadas realçam-se factores biológicos, atraso de maturação, factores pré e peri-natais, influências genéticas e ambientais. Não existem conclusões que provem que qualquer uma destas causas isoladas seja a única responsável. Logo, é a interacção dos diversos factores que numa acção conjunta, exercem cada um deles, o seu efeito sobre o indivíduo. O próprio grupo de crianças hiperactivas é muito diverso nas manifestações de comportamento, havendo factores biológicos, genéticos ou ambientais relacionados com a hiperactividade que não estão salientados num grande grupo de crianças hiperactivas. Défice de atenção, impulsividade e actividade motora em excesso podem ter origens distintas, daí que se torne complexo esboçar uma explicação de todas estas condutas a partir de uma etiologia comum”.

2.3. Os factores subjacentes

2.3.1. Neurológicos¹

De acordo com Garcia (2001, pág. 28) “desde o início que se considerou que a hiperactividade poderia estar relacionada com factores biológicos, problemas funcionais e estruturais do cérebro. Tentou-se estudar a relação das crianças com características de hiperactividade, que apresentam lesões cerebrais que originam transtornos psicológicos e psiquiátricos. Os estudos não são conclusivos, pois Taylor (1991, pág. 29; cit in Garcia 2001), refere que *“o nível actual de conhecimentos científicos sobre a relação entre as lesões cerebrais e alterações psicológicas se encontra limitado pelo tipo de alterações cerebrais que é possível examinar com os meios técnicos disponíveis”*”.

Garcia (2001, pág. 30), refere ainda são “uma minoria as crianças hiperactivas que apresentam danos cerebrais; indo as suas condutas mais ao encontro de atrasos mentais do que verificáveis pelos danos cerebrais. Há uma outra perspectiva em que se relacionou as condutas de hiperactividade com sinais neurológicos menores, como uma coordenação fina deficiente, reflexos assimétricos, dificuldades de equilíbrio... Mas estes estudos também não são concludentes por que outros estudos há em que crianças hiperactivas não apresentam as características mencionadas atrás”. Conforme afirma Garcia (2001, pág. 30-31; cit in Whalen, 1986) refere que *“(os resultados de um estudo neurológico reflecte não só diferenças neurológicas entre as crianças, mas também comportamentais)”*.

¹ Distúrbios estruturais do sistema nervoso

2.3.2. Pré-natais, peri-natais e pós-natais

Para Garcia (2001, pág. 31), “os factores ambientais pré-natais e peri-natais exercem muitas influências nos transtornos de conduta infantil. Partos prematuros, baixo peso à nascença, insuficiência de oxigénio ou infecções neonatais são causas de grande potencialidade para originar problemas comportamentais e hiperactividade. Os investigadores têm – se debruçado sobre a análise dos hábitos da mãe durante a gravidez e inferiram que o álcool é uma das causas que predispõe para a hiperactividade. O tabaco está relacionado com o baixo peso para além de problemas cardio-vasculares e respiratórios. Garcia (2001, pág. 31; cit in Gol & Sherry1984), indicam que (*“o abuso do álcool durante a gravidez é responsável por défice de atenção, problemas de aprendizagem, perturbações do comportamento e atraso psicomotor”*)”.

Assim Garcia (2001, pág. 31) conclui que “nada é conclusivo; a influência dos factores pré-natais e peri-natais embora existam, não são específicas sendo relevante os factores externos como desvantagens sociais e dificuldades familiares. Isto implica que os antecedentes duma complicada gravidez e uma história clínica desfavorável de problemas neonatais não são suficientes para diagnosticar a hiperactividade”.

De acordo com Guardiola (2006, pág. 286), “pode-se identificar fatores ambientais pré-, para- e pós-natais capazes de desencadear o TDAH. Dos pré-natais, há variáveis maternas como infecções congénitas, intoxicações, hemorragias e doenças crônicas que podem alterar o sistema nervoso fetal. Os fatores paranatais ocorrem durante o trabalho de parto, seja por causas maternas, da criança ou do parto. Infecções do sistema nervoso, acidentes vasculares cerebrais e traumatismos cranioencefálicos são exemplos de fatores pós-natais”.

2.3.3. Genéticos²

Para Garcia (2001, pág. 33) “pais de crianças hiperactivas revelaram condutas hiperactivas durante a sua infância: há mais coincidência de distúrbios em irmãos filhos de ambos os pais do que só de um dos pais, os rapazes hiperactivos costumam ter irmãos do mesmo sexo com sintomas de hiperactividade. A prevalência é maior nos familiares biológicos do que nos adoptivos, embora não se possa inferir daqui algo definitivo devido aos critérios rigorosos na selecção de pais adoptivos; sendo um deles a saúde mental como factor discriminante. Após a análise feita de estudos sobre filhos hiperactivos de pais com problemas psicológicos, os resultados obtidos revelaram uma influência elevada na

² Genéticos (do grego genno; fazer nascer) é a ciência dos genes, da hereditariedade e da variação dos organismos.

actividade motora, défices de atenção destas crianças cujos pais apresentavam problemas psicológicos/ psiquiátricos. Assim também se constatou uma maior prevalência de comportamentos similares em gémeos monozigóticos”.

2.3.4 Ambientais e variáveis psicológicas³

Outra linha de investigação, Bautista (1993, pág. 166) defende as determinantes ambientais da hiperactividade: o clima familiar, problemas graves do casal, determinados parâmetros educacionais, as características maternas ou factores tais como baixo nível socioeconómico e condições de vida precárias podem estar na base de um comportamento hiperactivo. A sua génese estaria, pois, nas carências educacionais e sociais”.

Para Garcia (2001, pág. 38), “as condições habitacionais, o trabalho dos pais, o nível sócio-económico relacionam-se com a conduta problemática observada nas crianças”. Justifica-se “ (*...nas crianças com níveis sociais mais desfavorecidos e com circunstâncias mais adversas, a hiperactividade permanente coincide com um baixo rendimento em provas de execução, auto-estima baixa, comportamentos anti-sociais e de violação de normas*).” (Garcia 2001, pág. 35)

Assim Garcia (2001, pág. 36) conclui, “não são as condições sociais, mas os efeitos psicológicos sobre as famílias, os seus modelos educativos e os valores pelos quais se regem ou não, determinada família, que exercem influência sobre o comportamento da criança. Os castigos, a autoridade, expectativa dos pais em relação aos filhos, a (in)flexibilidade, a (in)adaptação, são factores que contribuem mais ou menos para crianças hiperactivas”.

³ Percepção de controle de crises

Capítulo II – Enquadramento teórico da hiperactividade

2.1. O conceito

A hiperactividade de acordo com Falardeau (1997, pág. 21) consiste numa diminuição ou ausência de controlo no indivíduo que dela sofre. É um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que surge na infância e acompanha o indivíduo por toda a sua vida. O hiperactivo é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo”.

Parker (1999, pág. 8) definia-a “como um distúrbio neurológico. Caracteriza-se pelo inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e/ou hiperactividade”

2.2 Evolução do conceito

Para Lopes (2004, pág.16; cit in Still 1902), “os primeiros escritos sistemáticos relativos a crianças agressivas, com problemas de controlo dos impulsos, desafiantes e indisciplinadas, surgem nos finais do século XIX início do século XX, passando a ser chamado de hipercinesia, ou hipercinese, logo a seguir, hiperactividade, nome que ficou mais conhecido e perdurou por mais tempo. Still (1902) foi talvez o primeiro a descrever um conjunto de sintomas co-mórbidos que se aproxima extraordinariamente dos sintomas que são considerados como constituindo as manifestações fundamentais do distúrbio do défice de atenção da hiperactividade. Para algumas destas crianças, estes problemas apresentavam-se como crónicos, aumentando o risco de desenvolvimento de condutas anti-sociais”.

Nielsen (1999, pág. 58) entende que as Perturbações por Déficit de Atenção e as Perturbações por Déficit de Atenção com Hiperactividade “*são desordens a nível de desenvolvimento que resultam em problemas de atenção, em impulsividade e, em alguns casos, em hiperactividade*”.

Shweizer e Prekop (2001, pág.17) consideram que “as designações “hiperactividade”, “Síndrome hipercinética e Síndrome de défice de atenção são, de certa forma substituíveis entre si. Todavia, deve-se demarcar estes conceitos do de disfunção cerebral mínima”.

Vasquez (1997, pág. 160), associa como principais características: “falta de atenção, dificuldades de aprendizagem perceptivo-cognitivas, problemas de comportamento e falta de maturidade. Reconhece, ainda, outras características de menor importância que podem surgir e que “são de tipo emocional tais como a impulsividade, a ansiedade e a dificuldade de relacionamento com os colegas”.

Vallet (1986, pág. 161; cit in Vasquez 1997), considera a hiperactividade como um síndrome que integra as seguintes alterações:

“ – Movimento corporal excessivo;

- Impulsividade;

- inconstância nas respostas;

- Emotividade;

- Coordenação motora pobre;

- Dificuldades de aprendizagem: problemas na aritmética e na leitura e problemas de memória”.

American Psychology Association (1996, pág. 58), entende que "a P.D.A.H se caracteriza por um "padrao" persistente de falta de atenção e/ou impulsividade/hiperactividade com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento".

Para Shweizer, & Prekop (2001, pág. 16), a criança hiperactiva tem dificuldades em viver experiencias satisfactorias. "o seu irrequietismo torna-a num elemento perturbador aos olhos das outras crianças e, por isso, é rejeitada com frequência". Como é óbvio, a rejeição reflecte-se na auto-estima e "a consequência disso é ela não conseguir estar só ou com os outros e lhe custar, por isso, aceitar e desenvolver o seu "Eu", ou até distingui-lo do "Tu".

Já Fernandez (1980, pág. 161; cit in Vasquez 1997) analisa-a numa "perspectiva médica "como síndrome de disfunção cerebral mínima", que não sendo propriamente uma entidade patológica se reflecte em manifestações que não se coadunam com o entendimento absoluto de saúde. A hiperactividade é entendida como um estado de mobilidade quase permanente que transcende o nível exclusivamente motor. Associa-se frequentemente à hiperactividade verbal e provoca também perturbações de sono e tendência para destruição e agressividade".

Para Batista (1993, pág. 161 cit in American Psychology Association 2002), "a partir da última DSM-III em 1980, passou a designar por Défice da Atenção com Hiperactividade. Esta alteração explica-se pelo facto dos sintomas do défice de atenção serem mais duradouros do que os de hiperactividade que tendem a desaparecer com o passar do tempo. A American Psychology Association (2002), distingue três tipos de P.D.A.H. consoante o predomínio dos sintomas de falta de atenção e da hiperactividade/impulsividade:

I – P.D.A.H. – do tipo combinado (hiperactividade com défice de atenção, é caracterizado de forma geral tanto pela falta de atenção, como pela hiperactividade).

II – P.D.A.H. – do tipo predominantemente desatenção (é caracterizado de forma geral pela dificuldade em prestar atenção na sala de aula e nas brincadeiras, incapacidade de organizar actividades, tarefas simples e esquecimento);

III – P.D.A.H. – do tipo predominantemente hiperactividade-impulsividade (é caracterizado de forma geral por inquietação e constante movimento, incapacidade em sentar-se quieto, falar incessantemente ou fazer ruído excessivo)".

Antunes (2009, pág.151), "uma forma interessante de olhar para o problema é imaginar a criança com PHDA como sendo um carro sem travões:

- Incapaz de travar as distrações – desatento
- Incapaz de travar os desejos – impulsivo
- Incapaz de travar as acções – hiperactivo".

2.3. As Características da hiperactividade

De acordo com Falardeau (1997 pág. 21-29),” as características do distúrbio de défice de atenção com hiperactividade aparecem bem cedo para a maioria das pessoas, logo na primeira infância. Actualmente foram classificados quatro características:

1- A primeira característica é a mais importante consiste na dificuldade sentida pela criança em controlar a sua atenção na altura em que tem uma tarefa a desempenhar e a manter-se sempre atenta quando a situação o exige.

2 - A segunda característica é dificuldade em controlar a impulsividade. A criança hiperactiva tem uma enorme incapacidade de pensar antes de agir, o que as conduz a dirigir palavras agressivas aos outros; palavras que rapidamente esquecem, mas que são mal recebidas sobretudo pelos adultos em posição de autoridade, tal como os educadores de infância.

3 - A terceira característica é a agitação. As crianças hiperactivas mexem-se muito, fazem movimentos inúteis desligados da actividade em curso, mudam de posição. Têm uma necessidade de se mexer é incontrolável.

4 - A quarta característica é a obediência estas crianças hiperactivas têm uma enorme dificuldade em obedecer, em se deixar dirigir pelas regras estabelecidas, quer sejam pelos seus pais, pelos educadores de infância ou mesmo por outras crianças. Esta dificuldade em obedecer não deve ser interpretada como um desejo de oposição mas, por uma ausência de controlo.

a) A agitação em casa

b) A agitação na escola

5 - A quinta e última característica é a grande variabilidade, Essa variabilidade influencia de forma desfavorável os educadores de infância que, muitas vezes, têm tendência para apreciar as suas crianças consoante o seu rendimento nos dias melhores. Dai a concluírem que são preguiçosos, é só um passo”.

Já Safer & Allen (1979, pág. 160; cit in Bautista 1993), “as principais características intimamente associadas à hiperactividade seriam:

- A falta de atenção,
- As dificuldades de aprendizagem perceptivo-cognitivas,
- Os problemas de comportamento,
- A falta de maturidade”.

Segundo Vallet (1986, pág. 160; cit in Bautista 1993), considera a hiperactividade como um síndrome que engloba as seguintes alterações:

- Movimento corporal excessivo,

- Impulsividade,
- Atenção dispersa,
- Inconstância nas respostas,
- Emotividade,
- Coordenação motora pobre.
- Dificuldades de aprendizagem (problemas na aritmética e na leitura e problemas de memória).

A criança com DDHA, apresentam para Parker (1999, pág. 10), pelo menos, seis características:

- Mexe excessivamente as mãos ou os pés, ou contorce-se na cadeira;
- Na sala de aula, ou em outras situações em que se espera que permaneça sentada, levanta-se muitas vezes da cadeira;
- Corre de um lado para o outro ou trepa a coisas de forma excessiva e em situações em que tal é inadequado;
- Tem, com frequência, dificuldades em brincar ou em envolver-se em actividades de lazer, de forma sossegada;
- Está sempre “*de saída*”, ou age como se “*movida a motor*”;
- Fala, muitas vezes, excessivamente.

2.4. O diagnóstico da hiperactividade

Conforme afirma Parker (1999, pág. 15), “é necessária uma avaliação, antes de ser feito um diagnóstico. A avaliação compreensiva DDAH requer normalmente a contribuição de vários profissionais que, com os pais da criança, trabalham em equipa. Os membros desta equipa de avaliação são, normalmente, médicos, psicólogos, educador de infância e especialistas em aprendizagem. Apesar de não existir um único teste que, por si só, seja capaz de diagnosticar a DDAH de forma valida e fiável, existe um número de procedimentos de avaliação que, em conjunto, podem proporcionar informação útil na formulação de um diagnóstico. É frequente que crianças com apenas quatro anos de idade possam ser diagnosticadas com precisão. À medida que a consciência acerca DDAH aumenta entre médicos, educadores de infância e pais, mais crianças são avaliadas, diagnosticadas e tratadas”.

Já Lopes (2004, pág. 147 -148; cit in Barkley 1997) Barkley⁴ (1997) “evidencia as vantagens deste tipo de procedimento diagnóstico cuja insensibilidade diagnóstica aumenta à medida que a idade avança, pelo que seria necessário realizar com medidas deste tipo o mesmo que é feito com medidas de inteligência ou de problemas da leitura. Utilizar pontos de corte fixos, em medidas de problemas de desenvolvimento, resulta normalmente na aparente e ilusória ultrapassagem dos problemas pelos indivíduos mais velhos”.

O diagnóstico do distúrbio do défice de atenção com hiperactividade de acordo com Lopes (2004, pág. 151) “compreenderia as seguintes etapas:

- 1- Entrevistar com a criança e os pais, realizada por um psicólogo, médico ou alguém com formação nesta área;
- 2- Exame médico se for necessário;
- 3- Preenchimento de questionários pelos pais;
- 4- Entrevista com o educador de infância;
- 5- Preenchimento de questionários pelo educador de infância;
- 6- Observação directa do comportamento nos contextos de vida da criança”.

Barkley (1997 pág. 137-165) considera o seguinte no que diz respeito ao “diagnóstico do distúrbio do défice de atenção com hiperactividade:

1. As medidas de inibição são mais úteis do que as medidas de desatenção;

⁴ É um psiquiatra e director de Psicologia e Neurologia na Universidade de Massachusetts e autor de vários livros e uma das maiores autoridades americanas em tratamento do distúrbio do défice de atenção da hiperactividade.

2. As medidas de avaliação das funções executivas poderão ser úteis, mas não tanto como as de inibição embora infelizmente não existem tais medidas para utilização em contexto clínico;

Informações recolhidas durante períodos de tempo prolongados e em diversas ocasiões são mais informativas do que observações em gabinete ou numa única sessão.

3. As opiniões das pessoas que lidam diariamente com o sujeito são muito mais informativas do que a observação do clínico ou do que quaisquer testes sociométricos;

4. Observações múltiplas em contextos naturais são mais úteis do que breves observações em gabinetes;

5. Medidas de realização comportamental, como por exemplo o funcionamento adaptativo no dia-a-dia, são muito mais úteis do que medidas de conhecimentos;

6. A magnitude do problema e a sua extensão tornam-se cada vez mais evidentes com o tempo”.

Para Falardeau (1997, pág.43-44), “uma vez que a hiperactividade tem uma causa orgânica indiscutível, seria interessante poder submeter a criança a um exame bioquímico ou radiológico que confirmasse o diagnóstico com grande precisão e um risco de erro diminuto. O electroencefalograma dessas crianças, as diferentes de tomografias axiais (varrimento cerebral) e muito especialmente a ressonância magnética, foram estudadas atentamente. Mas, por enquanto, o recurso a esses exames mantém-se inútil e os médicos são obrigados a limitar-se aos critérios clínicos. Para que o diagnóstico seja estabelecido, não é necessário que a criança apresente os sintomas em todas as suas actividades. No entanto, uma boa avaliação do grau dos sintomas em cada situação influenciará a escolha do tratamento”.

O primeiro passo para o tratamento da PHDA de acordo Selikowitz (2010, pág.147-148) “é a realização de um diagnóstico correcto. Só quando se sabe que uma criança tem PHDA e só depois de todas as outras eventuais causas dos problemas terem sido excluídas é que se pode conhecer um plano de tratamento adequado. A pessoa mais indicada para fazer o diagnóstico é o pediatra especialista em dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento das crianças. Estes “pediatras desenvolvimentais” trabalham em estreita colaboração com os psicólogos educacionais, que desempenham um papel crucial no processo de diagnóstico da PHDA. O diagnóstico inclui uma serie de etapas. Primeiro, é preciso fazer um historial cuidadoso para se recolher informação sobre o modo como a criança aprende e se comporta em casa e na escola. Em segundo lugar, o pediatra deve observar cuidadosamente a criança para despistar a existência de outras perturbações que possam estar a interferir na aprendizagem e/ou no comportamento. Em terceiro lugar, é preciso

realizar testes (psicométricos) especiais para descobrir quais as áreas específicas em que a criança revela dificuldades. O pediatra fica então responsável por avaliar toda esta informação e por fazer um diagnóstico que deve, depois, explicar aos pais”.

2.4.1. A entrevista diagnóstica da hiperactividade

A entrevista diagnóstica⁵ é fundamental para o despiste do distúrbio do défice de atenção da hiperactividade.

Entrevista com os pais

Para Parker (1999), são “os pais da criança fornecem informações acerca do seu educando a outros membros da equipa de avaliação. Idealmente, ambos os progenitores deveriam fazer parte do processo de avaliação. Tendo observado a criança ao longo da sua vida numa variedade de diferentes situações, os pais têm uma perspectiva única do desenvolvimento anterior do seu filho/a e da sua adaptação. O processo de avaliação pode ser emocionalmente difícil, tanto para os pais como para a criança. Contribuem com uma mistura de emoções acerca de si mesmos e do seu educando”.

Para Lopes (2004), “a entrevista com os pais serve diversos objectivos. A criança permanecer na sala enquanto decorre a entrevista, será possível perceber alguns aspectos da relação pais-criança e permite aos pais exprimirem a sua infelicidade e insatisfação face à situação, mas também permite aliviá-los da carga que representa a sensação de “*serem os culpados*”. Este aspecto permite criar uma aliança entre o entrevistador e os pais da criança para estes não desistirem e para uma melhor aplicação de estratégias de intervenção”. Sem o estabelecimento de uma forte relação terapêutica com aqueles que lidam diariamente com a criança, será impossível avançar com uma intervenção eficaz”.

Entrevista com a criança

Para Lopes (2004, pág.160) “a entrevista com a criança é naturalmente indispensável para o diagnóstico da situação”.

⁵ Conjunto de questões colocadas à criança, aos pais e eventualmente aos educadores de infância, bem como a observação, usualmente em gabinete do comportamento de todos estes elementos no decurso da entrevista e à medida que vão falando sobre o problema.

Conforme afirma Parker (1999) “a entrevista com a criança oferece ao clínico a oportunidade de observar o comportamento dela. Pode ainda fornecer informações valiosas quanto à adaptação social e emocional da criança, quanto aos sentimentos que nutre por si própria e pelos outros, assim como quanto ao modo de a criança encarar a pré-escola e outros aspectos da vida. Informações desse tipo podem ser obtidas através de entrevistas com crianças e de testes psicológicos que avaliam a adaptação social e emocional”.

Entrevista com o educador de infância

De acordo com Parker (1999), “as pré-escolas têm acesso a informação, tanto actual como passada, acerca do desempenho da criança na sala de aula, dos seus pontos fortes e fracos, em termos escolares, de âmbito de atenção, assim como de outras características de ordem social, emocional e comportamental”.

Para Lopes (2004, pág. 163) “é fundamental que o educador de infância se pronuncie quanto aos seguintes aspectos comportamentais da criança, e quanto à forma como lida com eles:

- 1- Irrequietude e imaturidade⁶;
- 2- Concentração e persistência nas tarefas da sala;
- 3- Tipo de relação que a criança estabelece com o educador de infância e com os colegas;
- 4- Eventuais comportamentos agressivos como mentiras, impulsividade;
- 5- Motivação para a aprendizagem;
- 6- Aspectos positivos do comportamento da criança;
- 7- Nível de cooperação da criança quer com o educador de infância quer com os colegas;
- 8- Estratégias já tentadas pelo educador de infância para lidar com os comportamentos problemáticos da criança”.

⁶ Consiste numa falta de capacidade de lidar com frustrações, com falta de capacidade de lidar com as diferenças.

2.4.3. A avaliação utilizada na hiperactividade

De acordo com Lopes (2004, pág.153) “um dos questionários mais utilizados para o despiste do distúrbio do défice de atenção com hiperactividade é o da associação americana de Psiquiatria, de 1994. Existem outras escalas que visam o mesmo objectivo. Um dos instrumentos mais considerados para o despiste do distúrbio do défice de atenção da hiperactividade, para além da escala da Associação Americana de psiquiatria, é a ADHD Rating Scale-IV de DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid. O manual desta escala contém normas que permitem comparar o comportamento da criança com o que seria esperado para a idade, o que é tanto mais importante quanto o distúrbio do défice de atenção com hiperactividade constitui provavelmente mais uma diferença de grau do que uma diferença qualitativa relativamente à normalidade. As normas etárias são ainda da maior importância porque as escalas perdem a sensibilidade à medida que o sujeito fica mais velho, aumentando por isso o número de falsos negativos”.

Para Bautista (1993, pág.167) “existe grande número de inventários de comportamentos e escalas de avaliação que nos fornecem informação sistemática muito valiosa. Diferem em amplitude, especificidade e validade empírica. O mais difundido é o Inventário de Conners (1969, 1970, 1973). É composto de duas escalas: a TRS, de 39 itens, para o professor e a PSQ, de 93 itens, para os pais.

2.4.2.1. DSM IV

Considerando as características comportamentais da hiperactividade, é necessário ter como referência a análise dos critérios do DSM-IV-TR.

Segundo o DMS-IV-TR (2002), os sinais, tem que aparecer antes dos sete anos, e prolongar-se durante pelo menos seis meses. É de salientar, que estas condutas têm que afectar a criança em mais do que um contexto (escola, casa ou nas relações sociais). Desta forma, uma criança que seja demasiado irrequieta, distraída e faladora, mas que consiga relacionar-se normalmente em casa e noutras situações, não se pode diagnosticar uma perturbação por défice de atenção e hiperactividade.

Segundo DSM-IV-TR (2002), este distingue três subtipos de Perturbação da Hiperactividade com Défice da Atenção, de acordo com o predomínio dos sintomas da falta de atenção e da hiperactividade-impulsividade, sendo eles: “Perturbações da Hiperactividade com défice da atenção, tipo misto. Este subtipo deverá ser usado se seis

sintomas de falta de atenção e seis (ou mais) sintomas de hiperactividade-impulsividade persistem pelo menos durante seis meses.

A Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, 2002) sugere assim, que os critérios de diagnóstico da perturbação de hiperactividade com défice de atenção, dependem de três tipos de sintomas, ou seja, falta de atenção, hiperactividade e impulsividade, que de seguida passo a descrever.

Os sintomas que, segundo o DSM-IV-TR (2002), são indicadores da falta de atenção, se durante pelo menos seis meses, forem verificados seis ou mais, são os seguintes:

“(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;

(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;

(c) com frequência parecer 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;

(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 e tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

(i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.”

2.4.2.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF

Uma das principais finalidades da CIF segundo MCAnaney (2007, pág. 94) “é possibilitar uma base científica para as consequências das condições da saúde. As condições de saúde nas crianças poderão ter repercussões na participação no contexto escolar. Nestas situações a CIF, pelo seu carácter flexível, possibilita o planeamento de ajudas e de intervenção compensatórias e remediativa”.

A aplicação da versão da CIF para crianças e jovens de conforme afirma MCAnaney (2007, pág. 95) “foi testada através de questionários dirigidos a quatro grupos etários: crianças dos 0-2 anos; crianças dos 3-6 anos; crianças dos 7-12 anos e jovens dos 13-18

anos. Esta versão pretende facilitar a caracterização da funcionalidade, da actividade, da participação e do papel do ambiente ao longo das transições que o ser humano atravessa da infância à idade adulta, bem como facilitar a comunicação entre profissionais e entre serviços e pais. A versão da CIF para crianças e jovens em primeiro lugar, e dada a sua estrutura, pode tornar evidentes as diferenças funcionais entre crianças com o mesmo diagnóstico médico. Em segundo lugar, pode dar ênfase a semelhanças funcionais entre crianças com diagnósticos médicos diferentes. Em terceiro lugar, pode estabelecer a ponte entre a avaliação e a intervenção. Em quarto lugar, pode servir para caracterizar mudanças resultantes da intervenção não só ao nível dos desempenhos, mas também ao nível dos ambientes da criança”.

A CIF possui segundo MCAnaney (2007, pág. 92-93) “um conjunto de características que fazem dela um quadro de referência ideal para apoiar o desenvolvimento e implementação de uma avaliação abrangente do processo de necessidades em educação.

1. A CIF assume a incapacidade como «uma interacção dinâmica entre a pessoa e factores contextuais».
2. A CIF é parte de um sistema de classificação que inclui a Classificação Internacional de Doenças.
3. A CIF proporciona uma forma sistemática de fundamentar não só a capacidade funcional do aluno, mas também as suas limitações na realização de actividades.
4. A CIF proporciona, igualmente, uma forma sistemática de fundamentar em que medida o ambiente do aluno facilita a realização das tarefas.
5. A linguagem da CIF é neutra, ao contrário da terminologia associada a sistemas de classificação centrados nos défices.
6. O sistema de qualificação da CIF permite à equipa de avaliação especificar o grau de capacidades, necessidades, barreiras e facilitadores.
7. A CIF reflecte um conjunto de outras características importantes que a torna um quadro de referência ideal para reapreciar e avaliar necessidades educativas e pontos fortes”.

Capítulo III – Escola Inclusiva

3.1. O conceito de inclusão⁷

Wilson (2000, pág. 297-304) define “inclusão como igualdade, fraternidade, direitos humanos ou democracia”

A inclusão de acordo com Correia (2005) “é a inserção total do aluno com necessidades educativas especiais, em termos físicos e escolares nas escolas regulares (...), onde, por direito, deve receber todos os serviços adequados às suas características e necessidades”.

Leitão (2006) refere que “inclusão é proporcionar a todos e a cada um, o acesso às melhores condições de vida e de aprendizagem possíveis. Não apenas alguns, mas todos os alunos, necessitam e devem beneficiar da aceitação, ajuda e solidariedade dos seus pares, num clima onde ser diferente é um valor”.

E para Ainscow & Ferreira (2003 pág.103-109) “a inclusão escolar teve as suas origens no centro das pessoas em situação de deficiência e insere-se nos grandes movimentos contra a exclusão social, como é o caso da emancipação feminina, tendo como princípio a defesa da justiça social, celebrando a diversidade humana”.

Muitos pensam que a inclusão escolar é para os jovens em situação de deficiência, mas não, ela deve contemplar todas as crianças e jovens com necessidades educativas especiais.

⁷ Define igualdade, fraternidade, direitos humanos ou democracia (Wilson, 2000).

3.2. Educação inclusiva

A Educação Inclusiva segundo Ainscow⁸ (1995, pág.76-80), “implica num processo contínuo de melhoria da escola, com fim de utilizar todos os recursos possíveis, especialmente os recursos humanos, para promover a participação e aprendizagem de todos os alunos, no seio de uma comunidade local. Desta forma, a educação Inclusiva tem como objectivo a reestruturação das instituições em que estão inseridas, de forma a responderem às necessidades de todas as crianças. (decreto-lei nº3/2008) Acredita-se que esta mudança baseia-se em mudanças metodológicas e organizacionais que tem por objectivo beneficiar os alunos com NEE e estes irão de igual modo beneficiar outros alunos”.

A Lei de Bases de Prevenção e da Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência, (1995, Portugal) consideram a “((...) *pessoa com deficiência* *aquele que por algum motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica susceptível de provocar restrições de capacidade por estar considerada em situação de desvantagem para o exercício de actividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores sócio-culturais dominantes)*”.

Para o Ministério da Educação o objectivo da Política Educativa “é de consagrar as medidas de acção positiva de adequação as NEE das crianças e jovens para a globalidade da política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, no reconhecimento do potencial destas para o desenvolvimento social e do seu direito de participarem plenamente da sociedade onde se integram. Na filosofia da Inclusão, ou seja, uma filosofia que garanta condições de igualdade de direitos sociais em todas as dimensões e campos de incidência, o que se pretende é que todos os alunos aprendam juntos, respeitando a sua diversidade, que Correia⁹ (2001, pág. 123) define como: “((...) *o conjunto de diferenças individuais, por exemplo, estilos cognitivos e de aprendizagem, interesses, experiências adquiridas, capacidades e condições orgânicas e ambientais que, em muitos casos, devem ser objecto de intervenções individualizadas e apoios educativos apropriados)*”).

Nesta filosofia de inclusão escolar de acordo com Sasaki¹⁰ (2002, pág.17) “é um processo pelo qual uma escola procede, permanentemente, à mudança do seu sistema, adaptando as suas estruturas físicas e programáticas, suas metodologias e tecnologias e capacitando continuamente seus educadores de infância, funcionários e demais membros

⁸ Professor da faculdade de educação da universidade de Manchester – fala sobre inclusão.

⁹ Correia, L. M. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

¹⁰ Escritor do livro – “construindo uma sociedade para todos”

da comunidade escolar. inclusive todos os alunos, seus familiares e a sociedade em seu entorno”.

Capítulo IV – A hiperactividade no pré-escolar

4.1. As estratégias e intervenções práticas a adoptar na sala

As crianças com desordem por défice de atenção e hiperactividade Para Parker (1999 pág.93) “têm frequentemente problemas sérios na pré-escola”. A desatenção, a impulsividade, a hiperactividade, a desorganização, bem como outras dificuldades, podem conduzir a tarefas não concluídas, a erros por descuido e a comportamento disruptivo, para o próprio e para os outros. Através da implementação de adaptações e de mudanças relativamente simples e claras no ambiente da sala de aula, ou no estilo de ensino, os educadores de infância podem adaptar-se aos pontos fortes e aos pontos fracos das crianças hiperactivas. Pequenas mudanças na forma como o educador de infância aborda a criança hiperactiva, ou nas expectativas que tem, podem transformar um ano de derrota num ano de vitória para a criança”.

Segundo Lopes (2004, pág.202) “o objectivo do educador de infância é desenvolver o mecanismo que modificará a atitude da criança e a ajudará a desenvolver os verdadeiros valores humanos que acompanharão na vida adulta”.

Lopes (2004, pág.202) aconselha os educadores de infância a adoptem, tanto quanto possível, actividades que as crianças sejam mais activas que passivas.

Já Parker (1999 pág.93), aconselha os educadores de infância a utilizem adaptações e mudanças simples e claras.

Lopes (2004, pág.202) - Adaptações no ambiente de aprendizagem:

- Sentar a criança numa área com poucas distrações;
- Evitar toda a forma de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem;
- Dar oportunidade à criança para se movimentar;
- Estabelecer regras bem claras e exigir o seu cumprimento.

Parker (1999 pág.93) - Adaptações no ambiente de aprendizagem:

- Sentar a criança numa área sossegada;
- Sentar a crianças perto de alguém funcione como um bom modelo;
- Dividir trabalhos longos em partes mais pequenas, de forma que a criança possa vislumbrar o fim ao trabalho.

Lopes (2004, pág.202) - Adaptações para obter a atenção das crianças DDAH:

- Experimentar uma brincadeira, uma teatralização para despertar a tenção e aguçar a curiosidade;
- Contar uma história. As crianças de todas as idades gostam de ouvir histórias, especialmente histórias pessoais. É a forma mais eficaz de ganhar a atenção;
- Adicionar um pouco de mistério. Levar um objecto relevante para a sala numa caixa ou num saco. É uma forma fantástica de despertar a curiosidade.
- Variar o tom de voz: alto, suave e sussurrante;
- . Enquadrar o material visual para o qual se pretende a atenção das crianças com as mãos ou com outros materiais coloridos;
- Usar cores para despertar atenção.
- Usar o contacto visual. Fazer com que as crianças olhem o educador de infância quando este se lhes dirige.

Parker (1999 pág.93) - Adaptações para obter a atenção das crianças DDAH:

- Elogiar o comportamento que denota conformidade;
- Ignorar comportamento inadequados menos graves.

Lopes (2004, pág.202) - Adaptações para chamar a atenção das crianças com DDAH:

- Explicar a finalidade da actividade para prender a atenção da criança;
- Usar materiais visuais. Usar material apelativo como desenhos, objectos, entre outros;
- Projectar a voz, tendo a certeza de que está a ser ouvida por todas as crianças.

Parker (1999 pág.93) - Adaptações para chamar a atenção das crianças com DDAH:

- Ajudar a criança a estabelecer metas a curto prazo;
- Incentivar a aprendizagem através do computador;
- Estabelecer regras de organização;
- Atribuir as tarefas uma de cada vez.

Lopes (2004, pág.202) - Adaptações no ritmo de trabalho:

- Ajustar o ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança;
- Alternar actividades paradas com actividades mais activas;
- Conceder mais tempo para completar as actividades;
- Estabelecer prémios para determinadas tarefas.

Parker (1999 pág.93) - Adaptações no ritmo de trabalho:

- Dividir actividades longas em partes mais pequenas, de forma que a criança possa vislumbrar o fim da actividade;
- Proporcionar pequenas pausas entre tarefas;
- Proporcionar tempo extra para a conclusão de tarefas.

Lopes (2004, pág.202) - Adaptações para manter a atenção das crianças com DDAH:

- Usar o computador, sempre que possível para desenvolver determinadas competências;
- Estruturar actividades em grupo ou a pares;
- Deslocar-se pela sala para manter a visibilidade e esclarecer duvidas.

Parker (1999 pág.93) - Adaptações para manter a atenção das crianças com DDAH:

- Instruir a criança no sentido de se automonitorizar, usando sinais específicos;
- Proporcionar apoio dos pares, no momento de fazer registos,
- Dar instruções claras e concisas.

Lopes (2004, pág.202) - Adaptações para manter a criança com DDAH em actividade:

- Fazer comentários positivos com alguma frequência e elogiar as crianças;
- Incentivar a criança a recorrer ao educador de infância sempre que precisar de ajuda.

Parker (1999 pág.93) - Adaptações para manter a criança com DDAH em actividade:

- Elogiar comportamentos adequados;
- Monitorizar interacções sociais;
- Elogiar a criança com frequência
- Atribuir responsabilidades especiais à criança, na presença de grupos de pares, de forma que os outros tenham dele uma opinião positiva;
- Proporcionar breve treino de autocontrolo da sua agressividade: incentivar a criança a afastar-se, a usar estratégias para se acalmar, a dizer ao educador de infância que está zangado.

Lopes (2004, pág.202) - Adaptações no tratamento de comportamentos inadequados:

- Antecipar e prevenir os problemas sempre que possível;
- Estabelecer regras precisas e consequências claras;
- Estabelecer alternativas para comportamentos inadequados;
- Elogiar generosamente os comportamentos adequados;
- Falar em particular com a criança acerca dos seus comportamentos indesejados;
- Alguns exemplos de reacção do educador de infância face a certos comportamentos de crianças com DDAH;
- A criança tem dificuldade em completar a tarefa;
- Dividir as actividades, especificar os passos para terminar a tarefa;
- Mudar de actividade sem finalizar a anterior;
- Tem dificuldade em seguir as instruções;
- Por os assuntos e actividades por prioridades;
- Estimular a criança a usar o computador;
- Ensinar a criança a ser arrumada. Um lugar para cada coisa e cada coisa no seu lugar. Elogiar os esforços sempre que se verificar progressos na arrumação do material.

Parker (1999 pág.93) - Adaptações no tratamento de comportamentos inadequados:

- Proporcionar encorajamento e incentivo;
- Elogiar com frequência comportamentos positivos;
- Falar suavemente, de forma não ameaçadora, se a criança se mostrar nervosa;
- Rever instruções, quando se atribuir novas tarefas, para assegurar que a criança as compreende;
- Procurar oportunidades para que a criança assuma um papel de liderança na sala;
- Falar frequentemente com os pais, para ficar a conhecer os interesses da criança e as suas relações extra-escolares;
- Enviar observações positivas para casa;

Proporcionar reforços com frequência, quando são visíveis sinais de frustração.

Segundo DuPaul & Stoner (1994), “no âmbito da prática educativa, indicam que estes comportamentos e atitudes, por parte dos educadores de infância, são eficazes para promoção de comportamentos adaptados, em situações de sala-de-aula:

1 - Manter com as crianças contacto visual;

2 - Antes de iniciar uma actividade, lembrar-lhes os comportamentos indispensáveis e que são esperados para a sua realização;

3 - Andar, movimentar-se pela sala de aula;

4 - Utilizar estímulos e sinais não verbais na orientação de crianças hiperctivas, de modo a reorienta-las, enquanto se está ocupado com outras crianças;

5 – Dar instruções rápidas, curtas e bem direccionadas;

6 – Certificar-se de que as crianças compreenderam o que se explicou e fizeram o que foi pedido;

7 – Comunicar, com frequência e de maneira clara”.

4.2. O papel da escola

A hiperactividade só fica evidente no período pré-escolar.

Falardeau (1997, pág. 51) refere que “as crianças hiperactivas, mexem-se muito durante o sono quando bebês. São agitados, assim que começam a andar. Por vezes, apresentam atraso na fala, trocando as letras por um período mais prolongado que o normal. Em casa, esses sintomas nem sempre são suficientes para definir o quadro clínico da criança. Se o convívio social é importante para o desenvolvimento da criança, para uma criança que tem DDAH, não é diferente. O jardim de infância que a família escolhe deve ser aquele que tenha a preocupação com o desenvolvimento global das crianças, em vez de uma que vise a algum tipo específico de sucesso: escolar, artístico, desportivo”.

Para Bautista (1993, pág. 174) “o jardim de infância que melhor atende as necessidades destas crianças é aquele cuja maior preocupação seja desenvolver o potencial de cada criança, respeitando as suas diferenças individuais, reforçando os seus pontos fortes e auxiliando na superação dos pontos fracos. O educador de infância deve ter conhecimentos sobre a doença, pois a ela compete observar sinais de agitação e dificuldade de assimilação”.

“as crianças hiperactivas não podem ser julgadas como rebeldes, por sofrerem de uma doença que provoca dificuldades de concentração, elas simplesmente não se dão conta das ordens que recebem”. (Behrman 1994, pág. 61)

Para Bautista (1993, pág. 175) “o trabalho livre e diversificado ajuda a criança hiperactiva. A criança hiperactiva também se mostra satisfeita por auxiliar o educador de infância nas tarefas. A impossibilidade para a aprendizagem é evidente já que o comportamento hiperactivo causa a dispersão e a desatenção”.

Os hiperactivos de acordo com Thomas (2005, pág. 151) apresentam alterações na chamada memória de curto prazo¹¹, isto deve-se à baixa capacidade de atenção e à pouca concentração. Algumas mães referem que, quando solicitam algo à criança hiperactiva, esta regressa após alguns minutos perguntando qual foi o pedido que lhe foi feito, pois esta esqueceu-se. Esta falta de memória já é, por si só, um factor de baixo rendimento pré-escolar que quando associado à hiperactividade se agrava”.

¹¹ É a memória com duração de algumas horas.

4.3. Intervenções em sala de aula

“É o professor, que mais e melhor conhece o aluno, e deverá ter um papel importante na identificação das necessidades educativas especiais”. (Bautista 1997)

De acordo com Falardeau (1997, pág.110) “a pessoa que ensina crianças hiperactivas – especialmente crianças que apresentam sintomas graves ou que não podem tomar medicamentos – deveria fazê-lo de forma a despertar a atenção da criança para que esta aprenda mais facilmente. Quanto mais vivo e animado for o estilo do educador de infância, maior será a atenção da criança. Na medida do possível, dever-se-ia tentar modificar o método de ensino todas as duas ou três semanas para conservar o efeito de novidade. Foi demonstrado que as crianças hiperactivas se cansam rapidamente da novidade e que é necessário recorrer constantemente à variedade para as interessar. Naturalmente trata-se de uma tarefa difícil; só os educadores de infância que se sentem capaz de alterar regularmente a forma do seu ensino deveriam ensinar em classes especiais onde estariam agrupadas as crianças hiperactivas e as mais sintomáticas. Aconselha que adoptem, tanto quando possível, formas de ensino em que as crianças sejam mais activas que passivas. Quanto mais as coisas «mexerem» na aula – no sentido positivo do termo – mais satisfeitas estarão as crianças hiperactivas (aliás, todas o estarão).

O recurso ao computador como refere Falardeau (1997, pág.110) também uma boa forma de fazer trabalhar as crianças hiperactivas. Quanto mais vivo e coloridos forem os programas, mais a criança hiperactiva se interessará”.

Para Lopes (2004, pág. 200), o tempo constitui a “invisível” e mais representativa fonte de perturbação nas crianças DDAH. A intervenção deverá, principalmente orientar-se para a ajuda à realização daquilo que as crianças sabem fazer no momento em que é adequado fazê-lo. As intervenções mais apropriadas serão fundamentalmente sintomáticas, procurando alterar o meio em que os comportamentos indesejáveis ocorrem. Dado que com estas intervenções nada se altera quanto aos défices genéticos de inibição comportamental não é de supor que os resultados, eventualmente positivos numa determinada situação se generalizem a outras situações. Daí as fragilidades dos treinos cognitivo-comportamentais no tratamento do défice de atenção com hiperactividade, bem como a percepção actual de clínicos e investigadores de que não existe uma “cura” para o tratamento do défice de atenção com hiperactividade, mas sim formas mais ou menos adequadas de gerir o problema.

4.4. As técnicas a utilizar pelo educador de infância para ajudar a criança hiperactiva

As crianças em idade pré-escolar de acordo com Parker (1999, pág.53) têm dificuldades ao nível de autocontrolo e podem apresentar uma hiperactividade e uma impulsividade tao severas que não podem ser supervisionadas com facilidade nas salas de aula da educação pré-escolar. Foram criadas técnicas para o educador de infância ajudar a criança hiperactiva”.

Para Falardeau (1997, pág.169) e Lopes (2004, pág. 202-207) “as técnicas a utilizar pelo educador de infância para ajudar a criança hiperactiva são:

- Olhe sempre nos olhos da criança hiperactiva. Ajuda a evitar a distracção que – prejudica estas crianças;
- Cuidado com as cores. O estímulo¹² multicolorido costuma deixá-los mais excitados e menos atentos ainda, devendo ser evitadas cores fortes no ambiente, do espectro vermelho e amarelo, inclusive na roupa da criança;
- Adoptar um ritmo dinâmico de sala. Para que todas as crianças participem, sempre com o cuidado de não permitir que a criança com DDAH se entusiasme demais;
- Usar recursos e formas de apresentação não habituais. As crianças hiperactivas adoram novidades; explorar o seu quotidiano e fazer disso um motivo para uma actividade posterior;
- Estimular a criatividade. Propor tarefas que exijam a criatividade da criança hiperactiva (explorar, construir, criar) e não actividades passivas (actividades rotina);
- Ser clara e objectiva ao definir as regras de comportamento dentro da sala. Criar, juntamente com as crianças, um cartaz com as regras de sala, simples, com poucas palavras, para facilitar a memorização, afixar na parede;
- Elogiar constantemente a criança hiperactiva – não apenas quando a criança termina a actividade, mas durante o transcorrer da mesma;
- Divida as grandes actividades em actividades menores;
- Utilize uma agenda com contacto da família da criança. Isso facilita a troca de informações;
- Utilizar exercícios físicos. Exercícios que ajudem a liberar o excesso de energia, concentrar a atenção em um objectivo facilmente entendido e visualizado (correr até a linha vermelha), além de ser muito divertido;
- Afaste a criança hiperactiva das portas e janelas para evitar que se distraiam com outro estímulos;

¹² Significa um incentivo. Dicionário de Língua Portuguesa, Porto editora.

- Deixe a criança hiperactiva perto de fontes de luz para que possam enxergar bem;
- Não fale de costas, mantenha sempre o contacto visual;
- Permita movimento na sala. Peça à criança hiperactiva para buscar materiais, recolher trabalhos. Assim ela pode sair da sala quando estiver mais agitada e recuperar o auto-controle;
- Crianças hiperactivas produzem melhor em salas pequenas. Uma educadora de infância para cada oito crianças é indicado;
- Coloque a criança hiperactiva perto de colegas que não o provoquem;
- Proporcione um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contacto físico de maneira equilibrada e, se possível, fazer os colegas também terem a mesma atitude;
- Nunca provoque constrangimento ou menospreze a criança hiperactiva;
- Proporcione trabalho de aprendizagem em grupos pequenos e favoreça oportunidades sociais;
- Adapte suas expectativas quanto à criança hiperactiva, levando sempre em consideração as suas deficiências e inabilidades decorrentes do DDAH, por exemplo: se a criança tem um tempo de atenção muito curto, não espere que se concentre em apenas uma actividade durante todo o período desta;
- Repare se a criança hiperactiva se isola durante situações recreativas barulhentas. Isso pode ser um sinal de dificuldades: de coordenação ou audição, que exigem uma intervenção adicional;
- Permaneça em comunicação constante com o psicólogo ou orientador da pré-escola. Ele é a melhor ligação entre a pré-escola, os pais e o médico;
- Mostrar-se firme e seguro quando é necessário cumprir as regras e as normas pré-escolares, mas evitar as ameaças, castigos e repreensões;
- Planificar dramatizações e representações de histórias e contos em que aparecem personagens a proferir frases como as seguintes: “Que tenho de fazer?”, “Tenho de ir devagar, tranquilamente”, “Consigo falar devagar e suavemente”, entre outras”.

4.5. A intervenção farmacológica

A intervenção farmacológica de acordo com Falardeau (1997, pág.63 – 72), “um tratamento complexo que não deve ser empreendido simplesmente porque uma criança é agitada ou porque adota um comportamento irreflectido. Recordemos que as crianças que incomodam estão longe de serem todas hiperactivas. O tratamento medicamentoso era de longe – e talvez paradoxalmente – o meio mais natural de tratar a hiperactividade”.

Para Lopes (2004, pág. 237), “antes de qualquer tratamento¹³, um exame físico deve ser feito para descartar outras causas para o comportamento da criança, tais como: infecção crónica do ouvido médio, sinusite, problemas visuais ou auditivos, ou outros problemas neurológicos. O tratamento medicamentoso é o meio mais natural de tratar a hiperactividade. Trata-se de um tratamento complexo que não deve ser empreendido simplesmente porque uma criança é agitada ou porque adopta um comportamento irreflectido. Certas crianças que incomodam estão longe de serem hiperactivas.

Os sintomas da hiperactividade de acordo com Lopes (2004, pág. 237) “são devidos a uma ausência de controlo, por sua vez causada por um abrandamento da actividade cerebral na zona responsável por esse controlo. Ao activar essa zona do cérebro, o medicamento permite que a criança tenha um melhor controlo dos seus sintomas e, assim, decidir ser mais calma. O tratamento farmacológico¹⁴ tem sido a intervenção mais eficaz e também a mais cuidadosamente estudada. A utilização de um medicamento permite uma melhoria no comportamento e no rendimento pré-escolar. Estes medicamentos não curam, apenas modificam condutas e funções, permitindo a actuação de outras medidas terapêuticas. Antes de se fazer uma opção, os pais devem ser informados das indicações terapêuticas¹⁵, contra-indicações, efeitos secundários, advertências e precauções especiais no uso da medicação”.

Os medicamentos utilizados para tratar a hiperactividade, ou seja, os mais eficazes para Falardeau (1997, pág.73 – 79) “são os estimulantes cerebrais. Existem três: o sulfato de dexanfetamina, o metilfenidato e a pemolina. A dexedrina, uma anfetamina, foi o primeiro medicamento utilizado. Foi progressivamente substituída pelo metilfenidato, certamente o medicamento mais utilizado actualmente. É frequente que a dexedrina resulte onde o metilfenidato devido a efeitos secundários elevados. A pemolina é um produto mais recente. A sua vantagem é uma acção mais prolongada, permitindo uma posologia cómoda: uma única dose pela manhã. O grande inconveniente é ser preciso esperar algumas semanas antes de se manifestarem os resultados. Também pode mostrar-se toxica para o fígado, o

¹³ Consiste no acto ou efeito de tratar. Dicionário de Língua Portuguesa, Porto editora

¹⁴ Consiste num tratamento feito com medicamentos.

¹⁵ Consiste no tratamento da doença. Dicionário de Língua Portuguesa, Porto editora.

que obriga a análises sanguíneas regulares. Precisamente devido a essa toxicidade hepática, a sua utilização está em declínio. A medicação deve ser administrada adequadamente. Primeiro é preciso encontrar a dose ideal. Uma dose muito elevada conduzirá a uma diminuição da eficácia e a um aumento dos efeitos secundários. O efeito dos medicamentos nas crianças é imediato (excepto no caso da pemolina). Desde o primeiro dia, se a dose for adequada, o educador notará uma diferença e, muitas vezes, a alteração será espectacular. De acordo com os medicamentos actuais, parece que, mesmo tomada três vezes por dia, todos os dias, durante vários anos, a medicação não traz efeitos secundários adicionais. A excepção a esta afirmação é a pemolina, que demonstrou a possibilidade de uma toxicidade importante para o fígado se for administrada durante mais de seis meses. O que impede a manifestação de efeitos secundários a longo prazo parece ser a curta duração da acção de medicamentos como o metilfenidato e o sulfato de dexanfetamina; os seus efeitos só duram algumas horas, no máximo cinco. Isso tem o inconveniente de exigir várias doses diárias. Será necessário adaptar o horário da posologia conforme a duração da acção do medicamento.

A duração do tratamento com medicamentos de acordo com Falardeau (1997, pág.73 – 79) “dependerá de vários factores: primeiro a gravidade dos sintomas, depois da sua evolução. Não existem dois casos idênticos. Enquanto, para umas, os sintomas diminuirão muito rapidamente, noutras podem persistir. A duração também dependerá, da importância das dificuldades escolares e da disponibilidade de outros tratamentos. Não há qualquer dúvida que a presença de efeitos secundários, ou a sua ausência, influenciará a decisão de continuar ou cessar o tratamento medicamentoso. Também é certo que dar medicamentos durante um ano não obriga a continuar a dá-los no ano seguinte. Mesmo por um período curto, é preferível dar os medicamentos. A decisão de continuar ou não o tratamento medicamentoso seja tomada aquando de uma reunião entre os pais, a criança e o médico acompanhante. Uma semana antes do encontro o tratamento será interrompido; o educador, os pais e a criança poderão avaliar o resultado.

Falardeau (1997, pág. 78-88) afirma “tal como todos os medicamentos, os estimulantes têm efeitos secundários. Os falsos efeitos secundários: risco de epilepsia; efeito sedativo, iniciação à droga, dependência, aparecimento de tiques nas crianças e atraso do crescimento. Os efeitos secundários verdadeiros: perda de apetite, insónias, cefaleia¹⁶, perda de apetite, dores abdominais e ataque hepático”. Os medicamentos nunca deverão ser utilizados como o único tratamento da hiperactividade, mas para acompanhar outras medidas”. Os pais de crianças hiperactivas têm de decidir por si, mesmos se se sentem confortáveis em administrar medicação aos seus filhos.

¹⁶ A cefaleia (do grego *Kephaláia*) é uma dor de cabeça violenta e tenaz, qualquer que seja a sua origem.

4.5.1. Terapia do comportamento

Segundo Ribes (1986, pág.173; cit in Ciudad 1986) “em qualquer comportamento, seja ele adaptado ou inadaptado, actuam factores biológicos passados e presentes, a história das aprendizagens do próprio sujeito e as condições físico ambientais em que este se desenvolve, de tal forma que os comportamentos se aprendem, mantêm-se e modificam-se pelos mesmos princípios, independentemente de serem considerados socialmente adaptados ou inadaptados. Desta óptica, o que interessa é realizar uma análise funcional da conduta hiperactiva, não para etiquetar a criança, dentro de um quadro nosológico, mas para conhecer a forma, frequência e intensidade dos seus comportamentos disruptivos com o fim de aplicar um programa de modificação que permita implementar ou manter os comportamentos mais adaptados e reduzir/extinguir os comportamentos inadaptados”.

Em qualquer tentativa de ajudar a reduzir ou eliminar a hiperactividade nas crianças, para Bautista (1993, pág.173) “é essencial que os princípios de modificação de comportamentos sejam aplicados adequadamente por pais e professores. O esquema geral que é normalmente utilizado é o seguinte:

1. Definir operacionalmente o comportamento problemático.
2. Registar a medida inicial do comportamento (linha-base).
3. Analisar os motivos que fazem persistir o comportamento (análise situacional).
4. Programar novas formas de reforço aplicando o programa de intervenção desejado.
5. Avaliar se a mudança foi de facto efectiva.
6. Prosseguir com o programa”).

4.5.1.1 – No âmbito familiar

Segundo Bautista (1993, pág.173) “insiste-se fundamentalmente no treino dos pais, para que o comportamento hiperactivo possa ser tratado no seio da família. As recomendações mais comuns giram em volta dos seguintes temas:

- A disciplina de ser um acto conceptual utilizando técnicas tais como o time-out, o preço da resposta, a sobrecorreção...
- Secundar os esforços escolares através de recompensas. Isto pressupõe uma coordenação prévia entre a família e a escola, para o tratamento.
- Actuar como modelos positivos.

- Treino na definição operativa, observação e registo sistemático de comportamentos hiperactivos.

- Analisar as formas de reforço existentes em casa e estabelecimento de outras, mediante técnicas como a extinção e eliminação de reforços inadequados... Mesmo assim podem utilizar-se novos sistemas de reforço (contratos, fichas, elogios sociais...).

As terapias de comportamento em casa destinam-se fundamentalmente a mudar o sistema de reforços importantes. As limitações que apresenta este tipo de tratamento são, entre outras, a necessidade de um apoio continuado, o manter da motivação dos pais, a coordenação no desenvolvimento do programa.”

4.5.1.2 – No âmbito escolar

Segundo Bautista (1993, pág.174) “é pela própria índole desta perturbação, é na escola que se manifestam mais facilmente dois grandes grupos de sintomas: a conduta disruptiva da criança, e as suas dificuldades de aprendizagem. A situação torna-se frustrante para o professor e para o aluno e daí resulta um sentimento negativo e de aversão para com a criança, que geralmente se transforma em franca hostilidade. Daqui a necessidade de elaborar e aplicar um programa de intervenção”.

Já Safer & Allen (1979, pág.314) “defendem que, dado a hiperactividade 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, mas dando prioridade ao primeiro aspecto. Assim, deste ponto de vista, ao ser compensado o rendimento académico, o comportamento perturbado deverá diminuir, já que se consideram incompatíveis. Um programa completo dirigido à modificação do comportamento, deverá incidir, na opinião destes autores, tanto no comportamento perturbador do aluno da classe, como nas suas deficiências de aprendizagem”.

Bautista (1993, pág.174) questiona-se “*mas como pode o professor abordar este duplo aspecto?*”

“É um facto consumado que o comportamento perturbador da criança hiperactiva é reforçado pela atenção que o professor lhe dedica. Contudo, o seu bom comportamento – em linhas gerais – raramente é recompensado, sendo mesmo, provavelmente, ignorado. O mesmo acontece com a reacção dos colegas, que reforça também o comportamento da criança. Da óptica da terapia do comportamento seria necessário alterar estas posições e ignorar os maus comportamentos, reforçando os comportamentos adequados”.

Para Safer & Allen, (1979, pág.1003-1008) “são apresentadas algumas técnicas utilizadas mais frequentemente na sala de aula para tratamento de crianças hiperactivas:

A. Individuais

- a) Incrementação de comportamentos desejáveis
 - 1. Recompensas sociais (atenção, louvores, afecto, privilégios...) e recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis), sempre que se verificar o comportamento desejado.
 - 2. Programa de economia de fichas: utilização de pontos-fichas trocáveis por determinados reforços quando se verifica o comportamento-objectivo.
 - 3. Contrato comportamental: determina-se em conjunto o comportamento desejado e as consequências que advirão do seu cumprimento ou incumprimento.
- b) Diminuição de comportamentos desajustados
 - 4. Abolição: não presta atenção às condutas desadaptadas.
 - 5. Custo das respostas: perda de um privilegio esperado.
 - 6. Sobrecorreção: desculpar as faltas de aprendizagem, trabalhos extras.
 - 7. Time-out: tempo de afastamento da classe.
 - 8. Reforço de comportamento.

B. Grupais

- 1. Economia de fichas.
- 2. Companheiros como agentes de modificação:
 - O comportamento de uma criança faz ganhar pontos a toda a classe.
 - O grupo deve alcançar um determinado objectivo para conseguir a recompensa. Cada criança, individualmente, ganha pontos para o grupo.
 - Competição entre grupos, com uma recompensa para o melhor ou para todos os que alcançarem o objectivo estabelecido (“jogo da boa conduta”).

4.5.1.2.1. Orientações psicopedagógicas

Segundo “os aspectos e áreas especialmente indicados para tratamento da criança hiperactiva, são de acordo com Bautista (1993, pág.175):

A. “Planeamento de um ambiente de aprendizagem adequado:

- A tarefa a realizar deve ser curta, bem definida e bem sequencializada.
- Supervisão frequente do trabalho.
- Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.

- Preparar um “canto” na sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.
- Organizar “cantinhos” para trabalhos manuais, actividades artísticas, psicomotricidade...
- Programar actividades em que a criança possa expressar-se corporalmente ou relaxar, pelo menos de 25 em 25 minutos”.

A. Treino de relaxação

Segundo Vallés Arándiga (1988 pág. 199) “a relaxação, estado incompatível com qualquer forma de excitação, está totalmente indicada nos casos de hiperactividade. Como comportamento alternativo à tensão muscular recomenda-se que seja ensinado ao aluno como deve controlar os músculos, de forma que a maior relaxação corresponda menor hiperactividade. É difícil realizar este treino na sala de aula, pelo que é conveniente contar com a colaboração do professor de apoio e dos pais”.

B. Actividades para aumentar o nível de atenção-concentração

Segundo Vallés Arándig (1988 pág.199), (*“dado que o défice de atenção é uma característica comum do comportamento hiperactivo é recomendado treino específico em tarefas de discriminação visual de estímulos gráficos a, e exercícios de raciocínio lógico, complemento de frases, ordenação de séries, procura de sinónimos...”*).

C. Jogos educativos

Segundo Bautista (1993, pág.176) “são recomendados jogos de mesa, jogos de cartas, puzzles, labirintos... e a realização de outras actividades úteis (escrever ao computador, apagar o quadro, arrumar a sala, fazer recados, etc.)”.

4.5.2. Tratamento cognitivo – comportamental

Este tipo de tratamento é uma das formas mais actuais para o tratamento da hiperactividade.

Segundo Bautista (1993, pág.176) “nesta linha, desenvolveram-se programas de treino para crianças hiperactivas, com a finalidade de fomentar o seu autocontrolo, utilizando a técnica de falarem para si próprias”.

4.5.2.1 – A aprendizagem e o Treino de Auto-Aprendizagem de Meichenbaum (1969)

Segundo Bautista (1993, pág.176 cit in Ciudad, 1986) “baseia-se na função auto-reguladora da linguagem e tem dado excelentes resultados no tratamento da hiperactividade. Seguem-se os seguintes passos:

1. O professor realiza a tarefa, falando para si próprio em voz alta, especificando o que a criança tem de fazer e como deve fazê-lo, enquanto é observado por esta (modelo cognitivo).
2. A criança realiza a tarefa, sendo guiada verbalmente pelo professor (Guia externo explícito).
3. O aluno realiza a tarefa dando a si próprio as instruções, em voz alta (Auto-guia explícito).
4. A criança sussurra as instruções enquanto realiza a tarefa (Auto-guia esbatido).
5. A criança realiza a tarefa guiando-se pela sua linguagem interna (Auto-guia implícito).

Este tipo de treino está indicado para provocar na criança respostas incompatíveis com a hiperactividade e é muito útil tanto para tarefas escolares, que requerem grande atenção, como para outras mais simples tais como recortar, colar, colorir...

Para cada comportamento/objectivo a treinar devem ser traçadas estratégias cognitivas correspondentes. Podem utilizar-se estratégias deste tipo:

- Estratégias de autoquestionamento: “O que tenho de fazer?”, “Por onde devo começar?”...
- Análise de tarefas: “...assim”, “...cuidado”, “devagar...”.
- Auto-reforço: “estou a sair-me muito bem”, “estou a melhorar...”.
- Auto-correcção: “Assim não..., devia ter conseguido..., posso fazê-lo”.

4.5.2.2 – Programa de Autocontrolo de Kendall & colaboradores (1980)

O Programa de Autocontrolo de Kendall & colaboradores para Bautista (1993, pág.177) “combina técnicas de conduta (economia de fichas) e cognitivas.

Os passos de programa de Kendall são, em síntese, os seguintes:

1. Tarefas de resolução de problemas (ensinar a pensar).
2. Auto-instruções (definir o problema, aborda-lo, dirigir a atenção, escolher a resposta, auto-reforço e autocorreção).
3. Cópia de Modelos (o terapeuta actua como modelo).

4. Contingências (custo das respostas, reforços, auto-reforços e auto-avaliação)".

4.5.2.3 – Treino de Comportamentos Sociais

As dificuldades da criança hiperactiva de acordo com Bautista (1993, pág.177) incidem também no campo das suas interacções sociais e, por isso, pode ser necessário algum programa de treino para solucionar problemas cognitivos interpessoais que ajudem a criança a melhorar as suas relações sociais".

4.5.2.4 – Técnica da Tartaruga (Schneider & Robin, 1976)

Para Bautista (1993, pág.178) "é comum aplicar esta técnica em forma de conto, sobretudo com as crianças mais pequenas. É uma técnica para ensinar o auto-controlo, que tem sido aplicada com bastante êxito no tratamento da hiperactividade. Desenvolve-se em quatro fases:

- Perante a palavra "tartaruga" a criança responde dobrando o corpo sobre si própria.
- A criança aprende a relaxar, na posição de "tartaruga".
- Ensinam-se às crianças estratégias alternativas para solução de problemas.
- Aplicação da técnica também em casa".

4.6. Quais são os sintomas de uma criança com hiperactividade

Os sintomas de uma criança hiperactiva de acordo com Falardeau (1997, pág. 169) são:

- Remexer as mãos e/ou os pés quando sentado;
- Dispendio excessivo de energia, ou seja, descoordenação motora, não consegue permanecer sentado por muito tempo;
- Correr excessivamente em situações inadequadas;
- Sensação interna de inquietude;
- Ser barulhento em actividades lúdicas;
- Ser muito agitado;
- Impulso irresistível de movimentos amplos, ou seja, estar sempre em movimento, ser incapaz de se manter quieto, fazer tudo muito rápido e de uma forma precipitada;
- Prestação insuficientes, ou seja, falta de destreza na execução de movimentos, disfunção na coordenação da motricidade fina e imaturidade no desenho;
- Fala em excesso;
- Responder às perguntas antes de estarem concluídas;
- Ter dificuldade de esperar sua vez;
- Prevalência das actividades tácteis como forma de contacto concreto e directo com o ambiente;
- Incapacidade de esperar e ignorar impulsos imediatos, as crianças reagem de forma impulsiva, impaciente e precipitada aos estímulos exteriores;
- Intrometer-se em conversas ou jogos dos outros.
- Ter dificuldade para concentrar-se;
- Não prestar atenção ao que lhe é pronunciado;
- Ter dificuldade em seguir regras;
- Desvia a atenção com outras actividades;
- Ser distraído;
- Irritabilidade emocional;
- Crianças hiperactivas não têm uma visão suficientemente larga que lhe permita reconhecer antecipadamente qualquer perigo;
- Tem dificuldade em brincar de forma sossegada;
- É incapaz de permanecer sentado durante os períodos de tempo em que se espera que tal aconteça;
- Matem um relacionamento difícil com os colegas;

- Parece não ouvir quando se lhe fala directamente;
- Esquece-se com frequência das actividades quotidianas.

Para se diagnosticar um caso de DDAH é necessário que a criança em questão apresente pelo menos seis destes sintomas.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo V – Metodologia de investigação

“Corpo orientador da pesquisa que, obedecendo a um sistema de normas, torna possíveis a selecção e articulação de técnicas, no intuito de se poder desenvolver o processo de verificação empírica” (Correia, 1997, pág. 158).

“Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação”. (Fortin, 1996 pág. 22)

5.1. Natureza do estudo

Metodologia é a ciência que estuda os métodos utilizados no processo de conhecimento. É, portanto, “ (...) uma disciplina que se relaciona com a epistemologia e consiste em estudos e avaliar os vários métodos disponíveis, identificando suas limitações ou não no âmbito das implicações de suas aplicações”. (Costa, 2001, pág. 151-163)

De acordo com Fortin (1996) “a metodologia operacionaliza o estudo, precisando o tipo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”.

Este estudo, quanto à metodologia de abordagem é de natureza quantitativa, pois decidimos utilizar uma metodologia quantitativa, pretendemos alargar o nosso estudo a todo o concelho do Barreiro. Através da utilização de questionários e entrevistas, para chegar a uma maior amostra de pessoas e, desta forma, poder obter respostas às hipóteses de investigação.

Segundo Carmo & Ferreira (1998, pág. 252) “ a metodologia quantitativa como uma concepção global positivista, hipotético-dedutiva, particularista, orientada para os resultados, própria das Ciências Naturais e a metodologia qualitativa como uma concepção global fenomenológica, indutiva, estruturalista, subjectiva e orientada para o processo, própria da Antropologia Social”.

O método de investigação quantitativa para Fortin (1996, pág. 22) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos”.

Design do estudo

Segundo Fortin (1996, pág. 132) “é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas validas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. É também um conjunto de directivas associadas ao tipo de estudo escolhido”.

Não há grupo de controlo, é quase experimental.

De acordo com Fortin (1996) “controlo é uma característica essencial do desenho de investigação. Não podem ser perfeitamente controladas todas as fontes potenciais de erro”.

Para o estudo da Hiperactividade no Pré-escolar, optamos pelo método de design por triangulação, em que as estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva, constituirão as peças fundamentais para recolha e análise de informação no sentido de nos permitir estudar o sucesso da integração da criança hiperactiva na sala de aula.

A consecução dos objectivos levou-nos a optar em simultâneo por um estudo de carácter qualitativo e quantitativo (sustentado pelos dados recolhidos através das entrevistas).

Para Fortin (1996, pág. 322) “a abordagem quantitativa, baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo. A abordagem qualitativa, baseada na perspectiva naturalista, concentra-se em demonstrar a relação que existe entre conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelo participantes e investigador relativamente ao fenómeno e sobre a descrição semântica, de preferência às estatísticas probabilísticas”.

Assim, como técnica de recolha de dados, utilizamos como instrumentos um questionário (um questionário de acordo com Quivy “de Administração directa”) e duas entrevistas (psicológica e clínica) para o efeito.

Segundo Cox & Hassard (2005, pág.109-133), “A origem, propriamente dita, da noção de “triangulação” deve procurar-se em ciências outras que não as ciências sociais e humanas. Decorrente da navegação e da topografia, a triangulação é frequentemente entendida como um método para fixar uma posição”.

Segundo Fortin (1996 pág 322) “a triangulação é essencialmente o ponto de articulação dos componentes que fornecem novos conhecimentos reactivamente a um mesmo fenómeno. A triangulação dos dados implica a reunião de dados provenientes de fontes múltiplas num mesmo estudo, com vista a obter diversas perspectivas de um mesmo fenómeno com um objectivo de validação”.

Estudo de caso

De acordo com Cohen & Manion (1999, pág. 194-195), “os estudos de casos “são fortes mas difíceis de organizar”, permitem “generalizações dentro de uma classe”, reconhecem a “complexidade das verdades sociais”; considerados como produtos permitem um “arquivo descritivo rico”, constituem um “passo para a acção”; são mais acessíveis para o público que outro tipo de relatório ou investigação”.

O Estudo de Caso consiste numa abordagem metodológica de investigação.

Yin (1994, pág. 13), define ““estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos”.

Bell (1989, pág.145) define o estudo de caso como “um termo guarda-chuva para uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interacção entre factores e eventos”.

Para Fidel (1992, pág. 37-50) “o método de estudo de caso é um método específico de pesquisa de campo. Estudos de campo são investigações de fenómenos à medida que ocorrem, sem qualquer interferência significativa do investigado”.

Já Coutinho (2003, pág.37-55) refere que quase tudo pode ser um ““caso”: um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação””. Da mesma forma, Ponte (2006, pág. 3-18), considera que: “uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse”.

O estudo de caso segundo Fortin (1996 pág. 164) “consiste numa investigação aprofundada de um individuo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”.

5.2. Objectivo da investigação

“O objectivo da investigação é responder à pergunta de partida. Trata-se, em seguida, de verificar se as informações recolhidas correspondem de facto às hipóteses, ou, noutros termos, se os resultados observados correspondem aos resultados esperados pela hipótese.” (Quivy, 1995, pág. 211)

“Na condução de uma investigação, o investigador é orientado por determinados objectivos operacionais. Estes vão depender da natureza dos fenómenos e das variáveis em presença, bem como das condições de maior ou menos controlo em que a investigação vai ocorrer. Tais objectivos podem ser apresentados de uma forma mais descritiva ou mais explicativa” (Arnal, 1992, pág. 98).

Objectivo geral

Para Almeida & Freire (2007 pág. 23), “o objectivo do investigador pode situar-se na explicação das realidades de causalidade entre os fenómenos”

- Verificar o sucesso da integração da criança com características de hiperactividade na sala de aula.

Objectivos específicos deste estudo:

- Analisar de que forma o distúrbio do défice de atenção com hiperactividade se revela no pré-escolar.
- Conhecer as estratégias a utilizar pelo educador de infância para ajudar a criança hiperactiva.
- Conhecer que materiais e actividades privilegiar no ensino de crianças com hiperactividade.
- Conhecer as necessidades sentidas pelos educadores de infância na utilização das estratégias em sala de aula.

5.3. Justificação dos objectivos

Segundo Quivy (1992, pág.31), “ O objectivo da investigação é responder à pergunta de partida. Trata-se, em seguida, de verificar se as informações recolhidas correspondem de facto às hipóteses, ou, noutros termos, se os resultados observados correspondem aos resultados esperados pela hipótese”.

Fortin (1996, pág.100) afirma que “o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

O que nos levou á escolha desta temática “ A Hiperctividade no pré-esclar” foi o facto desta preocupar cada vez mais toda a comunidade educativa.

São caracterizadas por “*diabinhos*”, “*pestinhas*”, irrequietos, agitados por manifestarem padrões comportamentais em que a actividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva, o que por vezes leva as pessoas a considerá-las mal educadas e temperamentais. Acusação injustas para quem sofre de um síndrome que as leva a agir de forma impulsiva, desatenta e às vezes até caótica.

A inclusão de crianças hiperactivas é fundamental, utilizando estratégias em sala de aula. É de extrema importância que as estratégias se adotem mais no sentido de promover o sucesso educativo destas crianças da forma mais abrangente, fazendo do ensino-aprendizagem um estímulo renovado, num processo activo e vivenciado.

As estratégias facilitam o processo ensino aprendizagem de crianças com distúrbio do défice de atenção com hiperactividade.

O problema da hiperactividade é, sem dúvida, um assunto relevante no domínio do nosso quotidiano.

Segundo Nielsen (1999, pág. 124), “garantir a inclusão, no sentido que todos os alunos tenham direito a uma educação de qualidade. Que todos os alunos sejam vistos no seu todo quanto ao crescimento e desenvolvimento”, é um dever colectivo e um direito a adquirir, particularmente dos que intervêm de forma directa na orientação dos destinos da Educação.

5.4. Definição do problema

“As situações-problema caracterizam-se por recortes de um domínio complexo, cuja realização implica mobilizar recursos, tomar decisões e activar esquemas são fragmentos relacionados com, nosso trabalho, nossa interacção com as pessoas, nossa realização de tarefas, nosso enfrentamento de conflitos”. (Macedo 2002, pág.114)

Segundo Almeida & Freire (2007, pág. 36), “a definição do problema constitui, então, a primeira fase na elaboração de um projecto ou na concretização de uma investigação. É uma fase essencial e nela se inclui, designadamente, a definição das hipóteses e a operacionalização das variáveis a considerar”.

Perante a problemática que me propôs a desenvolver e tentando dar resposta à minha pergunta de partida “Quais as estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva?”, construí um questionário com o qual pretendo recolher dados que permitam compreender e obter algumas respostas à temática do meu estudo.

Segundo Almeida & Freire (2007, pág. 37), “ o primeiro passo numa investigação surge quando se procura a resposta a uma pergunta, dificuldade ou problema (escolha de uma área problemática”.

As dificuldades de aprendizagem específicas, numa perspectiva orgânica, para Correia & Martins (1999, Pág. 6). “ são desordens neurológicas, que interferem com a recepção, integração ou expressão de informação, caracterizando-se, em geral, por uma discrepância acentuada entre o potencial estimado do aluno e a sua realização escola ”

“ Na busca da educação para todos, ao entrarem para a escola, as crianças que possuem alguma necessidade educativa especial terão que se integrar e participar obrigatoriamente de três estruturas distintas da dinâmica escolar: o ambiente de aprendizagem; a integração professor-aluno; e a interação aluno-aluno ” (Mantoan, 2003 pág. 19).

Segundo Nielsen (1999, pág. 125), garantir a inclusão, no sentido que todos os alunos “tenham direito a uma educação de qualidade. Que todos os alunos sejam vistos no seu todo quanto ao crescimento e desenvolvimento é um dever colectivo e um direito a adquirir, particularmente dos que intervêm de forma directa na orientação dos destinos da Educação. A formação de uma sociedade inclusiva deve estar baseada numa Educação Inclusiva. Numa sociedade onde todos temos direitos e deveres de vida cívica e democrática, a escola é o local mais adequado para a implementação de uma filosofia inclusiva. Os educadores de infância são os primeiros agentes, pois são eles que preparam os cenários da aprendizagem, através da utilização dos mais variados recursos e processos de operacionalização, no sentido de tentarem dar resposta à heterogeneidade das suas

crianças. Nem todos os educadores de infância estão preparados para trabalhar com crianças com hiperactividade”.

Para Correia (2005, pág. 159), “Estudos indicam que uma criança com hiperactividade pode ter sucesso escolar se se adequar o ensino destas crianças através de novas abordagens e estratégias que podem permitir o seu sucesso, através da rentabilização das suas áreas fortes”.

É importante definir o problema, fazer o levantamento de cada sintoma, consciencializar, esclarecer, identificar as perturbações.

É importante intervir na vida da criança, sugerindo estratégias e actividades facilitadoras que permitam, ajudá-la a compreender e lidar com os problemas.

5.5. Definição da hipótese e das variáveis

Segundo Quivy (1992 pág. 119), “uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos, que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos. Uma hipótese é, portanto, uma proposição provisória, uma pressuposição que deve ser verificada”.

Endente-se por hipótese segundo Almeida & Freire (2007, pág. 43), “a explicação ou solução mais plausível de um problema”.

De acordo com Fortin (1996, pág. 102) “é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis. Uma hipótese simples enuncia uma relação de associação ou de causalidade entre duas variáveis”.

H1: Estará presente no pré-escolar o distúrbio do défice de atenção com hiperactividade.

Variável independente – o distúrbio

Variável dependente – criança hiperactiva

H2: Existirá materiais e actividades que privilegiem o ensino de crianças com hiperactividade.

Variável independente – materiais e actividades

Variável dependente – criança hiperactiva

H3: Será que os educadores de infância notam dificuldades na utilização das estratégias.

Variável independente – os educadores de infância

Variável dependente – criança hiperactiva

H4: Será que as estratégias que os educadores de infância utilizam contribuem para ajudar a criança hiperactiva.

Variável independente – as estratégias

Variável dependente – criança hiperactiva

Variáveis

“Qualquer descoberta que pode mudar, que pode variar, que pode ser expressa como mais que um valor ou em vários valores e categorias” (Vogt. W. P. (2005), pág. 252).

Segundo Fortin (1996, pág. 36 cit in Kerlinger 1973) “são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

Variável depende – Criança hiperactiva.

Segundo Sousa (2005) “Consideram-se como variáveis dependentes aquelas que dependem dos procedimentos da investigação, conotando-se directamente com as respostas que se procuram. São dados que se obtêm e que variam à medida que o investigador modifica as condições de investigação. Uma variável dependente é aquela que procuramos como resposta para a pergunta. Toda a investigação tem por objectivo chegar à variável dependente, ou seja, ao resultado obtido com os procedimentos da investigação”.

Para Almeida & Freire (2007, pág. 55) “ como a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente”.

De acordo com Fortin (1996, pág. 37) “é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”.

Variável independente – Estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula.

“As variáveis independentes serão aquelas que são independentes dos procedimentos da investigação, que não dependem da investigação, constituindo no entanto factores determinantes que a vão influenciar, recorrendo o investigador à sua manipulação para observar os efeitos produzidos nas variáveis dependentes” (Sousa, 2005).

Para Almeida & Freire (2007, pág. 55) “ é a dimensão ou a característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável – a *variável dependente*”.

De acordo com Fortin (1996, pág. 37) “é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.

“As variáveis independente e dependentes estão ligadas no estudo do tipo experimental, no sentido de que uma afecta a outra. Esta relação forma a base da predição e exprime-se pela formulação de hipóteses”. Fortin (1996, pág. 37)

5.6. População/amostra

População

“Chama-se “população”, podendo este termo designar tanto um conjunto de pessoas como de organizações ou de objectos de qualquer natureza”. (Quivy, 1995 pág.159)

Fortin (1996, pág. 202) defini-a como “ uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

Para Almeida & Freire (2007, pág. 113) “é um conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno”.

Este estudo irá debruçar-se, em crianças com necessidades educativas especiais.

Amostra

Segundo Marconi & Lakatos (1991, pág. 163) “o conceito de amostra, asseveram que ela é “uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população) ”.

Fortin (1996, pág. 202) defini-a como um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”.

Para Almeida & Freire (2007, pág. 113) “é o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído de uma população”.

A escolha dos jardins de infância foi aleatória. Esta amostra é não probabilística aleatória.

De acordo com Fortin (1996, pág. 202) “ é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A amostragem não probabilística tem o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística”.

Vergara (2007, pág. 50), “afirma que existem dois tipos de amostra: probabilística e não probabilística”.

Mattar (1996, pág. 132), define a amostra não probabilística como “ aquela em que a selecção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. Não há nenhuma chance conhecida de que um elemento qualquer da população venha a fazer parte da amostra”.

A amostra desta investigação (as educadoras de infância) foi a 40 Educadoras de Infância, pertencentes a vinte jardins-de-infância (pré-escolar), do concelho do Barreiro, incluindo a rede pública e a privada, onde existem crianças com e sem hiperactividade. Utilizamos o questionário de acordo com Quivy “de Administração directa”. Segundo Quivy

(1992, pág.188), “ Chama-se “de administração directa” quando é o próprio inquirido que o preenche. O questionário é-lhe então entregue em mão por um inquiridor encarregado de dar todas as explicações úteis, ou endereçado indirectamente pelo correio ou qualquer outro meio”.

Caracterização da amostra

“Um determinado número de sujeitos de uma população definida como representativos dessa população”. (Bog & Gall, 1996)

A amostra desta investigação (as educadoras de infância) foi a 40 Educadoras de Infância em que o tempo de serviço varia entre 2-14 anos de docência, conforme se pode comprovar pela observação do gráfico 1 corresponde a A – dados sócio-profissionais e tem A2 – tempo de experiência.

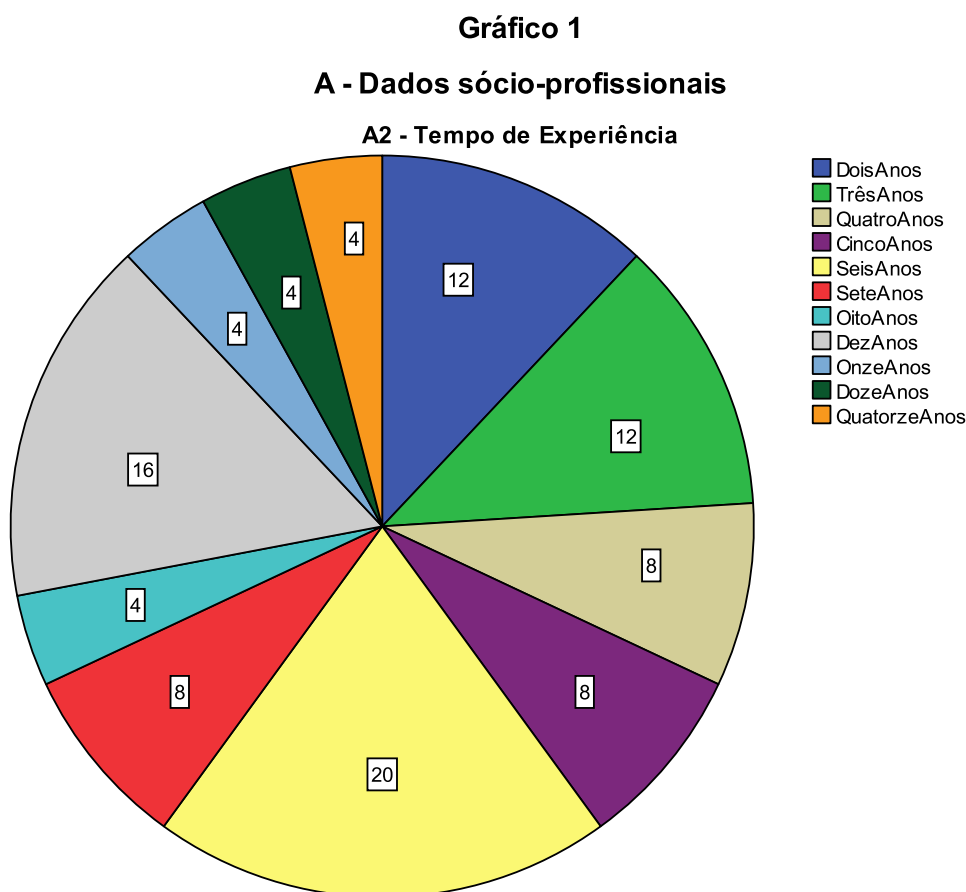


Gráfico 1 - Dados sócio- profissionais: A2 tempo de Experiência

Em termos habilitações varia do bacharelato ao doutoramento, a maioria é das educadoras de infância são licenciadas (72% educadoras licenciadas), conforme se pode comprovar pela observação do gráfico 2, referente a A – dados sócio-profissionais e te A1 – habilitações académicas.

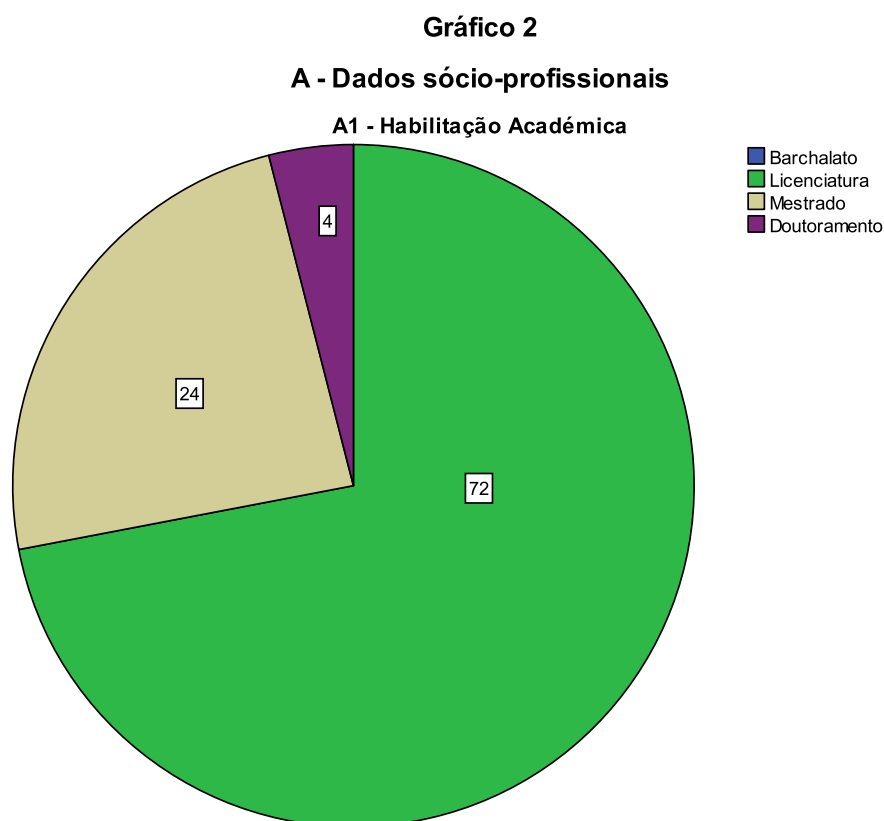


Gráfico 2 - Dados sócio-profissionais : A1 Habilitações académicas

5.7. Procedimentos

Para Judith Bell (1989, pág. 145), define a investigação como: *“será preciso seleccionar um tópico, identificar os objectivos do trabalho, planear e delinear a metodologia adequada, escolher os instrumentos de pesquisa, negociar o acesso à instituição, material e indivíduos, será também necessário recolher, analisar, apresentar a informação e, finalmente, produzir um relatório ou dissertação bem redigidos. Qualquer que seja a dimensão do projecto, é imprescindível dominar certas técnicas e conceber um plano de acção que não aspire mais do que o permitido pela experiência, tempo e acesso à informação. Porque na realidade, é investigando que todos nós aprendemos a fazê-lo; uma preparação inadequada pode significar desperdício de muita e boa vontade. Conclusão: a investigação tem como objectivo procurar uma resposta para um problema, para alargamento de conhecimentos, utilizando para tal métodos de pesquisa”*.

Perante a problemática que nos propusemos a desenvolver, primeiro desenvolvemos a pergunta de partida: Quais as estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva? A pergunta de partida surgiu de forma indutiva, da nossa experiência profissional.

Seguidamente exploramos informação de qualidade acerca do objecto estudado e encontrar a melhor forma de o estruturar, assim, utilizamos apenas leituras, construindo resumos, para destacar e comparar ideias essenciais.

Posteriormente como terceira etapa baseamo-nos na problemática, onde construímos os fundamentos teóricos e os desenvolvemos. Identificamos e justificamos o modelo de análise para as hipóteses, chegando assim à pergunta final.

Na quarta etapa construímos o modelo de análise identificando as variáveis e as hipóteses, articulando-as entre si. As nossas variáveis são operatórias, visto serem isoladas e construídas empiricamente.

Na quinta etapa procederemos à observação, aplicamos os questionários e as entrevistas, de forma a reunir as informações desejadas, para testar as hipóteses.

Os dados são determinados pelos indicadores das variáveis, o questionário será aplicado à população e à amostra já referidas anteriormente.

O questionário foi aplicado a uma amostra de população de 40 pessoas. No processo de validação do questionário foi aplicado um pré-teste onde 15% desta amostra não apresentou sugestão de melhoria. Este instrumento tornou-se válido.

Segundo Correia (1997), “a exigência de precisão conduz à necessidade de testar o questionário antes da sua administração. Para nos assegurarmos da qualidade das perguntas e da razoabilidade da sua ordenação e para que as respostas tenham

possibilidade de corresponder à informação pretendida, torna-se necessário aplicar o questionário a uma amostra reduzida”.

Esta amostra é não problemática aleatória. Vergara (2007, pág. 50), “afirma que existem dois tipos de amostra: probabilística e não probabilística”. Segundo Mattar (1996, pág. 132), (“define amostra não probabilística: aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. Não há nenhuma chance conhecida de que um elemento qualquer da população venha a fazer parte da amostra”).

O tratamento estatístico foi efetuado através do programa *SPSS (Statistic Package for the Social Science, versão 19)*, é uma análise estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e foi utilizando o método de codificação. Bogdan & Biklen (1994, pág. 168) referem que “a maior parte dos métodos de análise de dados requer um procedimento chamado codificação”.

A análise estatística foi efetuada com recurso a estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas). Utilizamos também para recolha de dados a entrevista (entrevista médica), permite-nos recolher informações que tiveram como objectivo obter dados qualitativos.

Na sexta etapa serão tratadas as informações obtidas, através da observação.

A 1ª etapa – descrever os dados, apresenta-los na forma exigida pelas variáveis e que as características sejam claramente evidenciadas.

A 2ª etapa – medir as relações entre as variáveis de acordo com as previsões feitas nas hipóteses. As variáveis são a variável independente e a variável dependente. Os dados foram recolhidos através do questionário e da entrevista.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada ou semi-directivas, de acordo com Quivy, (1992). Segundo Quivy (1992, pág. 192) “é semidirectiva no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma serie de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado”.

Hoz (1985, pág. 58) define o questionário como “um instrumento para recolha de dados constituído por um conjunto mais ou menos amplo de perguntas e questões que se consideram relevantes de acordo com as características e dimensão do que se deseja observar”.

Para construirmos o questionário, ou seja, para determinarmos a sua informação baseamo-nos nas variáveis para elaborar as questões, baseamo-nos em algumas características das crianças e nas estratégias a utilizar em sala de aula.

Aferimos as hipóteses através do questionário e da entrevista médica.

A 3ª etapa – comparar as relações observadas com as relações teoricamente esperadas pela hipótese e medir as diferenças. O instrumento de observação (observação indirecta) escolhido para a recolha de dados será o questionário, dirigido às educadoras de infância, com a finalidade de conhecer as estratégias dos Educadores de Infância, em ambiente sala de aula perante uma criança hiperactiva. Segundo Quivy (1992, pág. 188) “na observação indirecta, o instrumento de observação é um questionário ou um guião de entrevista. Um e outro têm como função produzir ou registar as informações requeridas pelas hipóteses e prescritas pelos indicadores”.

As hipóteses foram aferidas através do questionário e das entrevistas.

Como última etapa faremos a conclusão de forma a recapitular todo o procedimento da investigação. Apresentaremos uma comparação em relação entre os resultados hipotéticos e os observados, de forma, a colocar em evidência os novos conhecimentos e próximas considerações práticas.

5.8. Instrumento de investigação

“Um instrumento de trabalho que viabiliza a realização de uma pesquisa” que, através da execução do conjunto de operações de um método, permite confrontar o corpo de hipóteses com a informação colhida na amostra (verificação empírica). Neste sentido os autores classificam as técnicas de recolha de dados na “investigação social” como observação, questionário, entrevista, escalas de atitudes e opiniões, análise de conteúdo, análise documental e semântica diferencial” (Pardal & Correia, 1995, pág. 48).

5.8.1 Inquérito por questionário

Quivy (1992, pág. 188) define “o questionário chama-se “de administração indirecta” quando o próprio inquiridor o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido. Chama-se “de administração directa” quando é o próprio inquirido que o preenche. O questionário é-lhe então entregue em mão por um inquiridor encarregado de dar todas as explicações úteis, ou endereçado indirectamente pelo correio ou qualquer outro meio”.

De acordo com Hoz (1985, pág. 58) “é um instrumento para recolha de dados constituído por um conjunto mais ou menos amplo de perguntas e questões que se consideram relevantes de acordo com as características e dimensão do que se deseja observar”.

O inquérito por questionário de acordo com Fortin (1996 pág. 168) “representa toda a actividade de investigação no decurso da qual são colhidos junto de uma população ou porções desta a fim de examinar as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta população.

Os questionários são para Anderson (1998, pág. 170) “são sem dúvida o instrumento de recolha de dados mais utilizado em investigação, “... tornou-se num dos mais usados e abusados instrumentos de recolha de informação. Se bem construído, permite a recolha de dados fiáveis e razoavelmente válidos de forma simples, barata e atempadamente”).

Kornhauser & Sheatsley (1985, pág. 59, cit in Hoz 1985) “propõem três passos para a construção de um questionário:

- 1º Passo - Determinar a informação relevante referente ao problema de investigação;
- 2º Passo - Elaborar as questões. Deve ser definido o tipo de resposta: Fixa (fechada) e Aberta;
- 3º Passo - Aplicação de um questionário piloto, principalmente no caso de questões abertas, que permita detectar a informação relevante e os tipos de resposta que são dadas, de modo

que a construção do questionário estruturado não deixe nenhum aspecto importante sem ser incluído”.

A escolha deste tipo de instrumento acarreta algumas vantagens, num estudo deste tipo e desta dimensão, não seria possível baseá-lo em observações directas, o questionário, ou seja é um questionário de observação indirecta.

Segundo Quivy (1992, pág. 188) “na *observação indirecta*, o instrumento de observação é um questionário ou um guião de entrevista. Um e outro têm como função produzir ou registar as informações requeridas pelas hipóteses e prescritas pelos indicadores”.

Procedemos à elaboração de um questionário dirigido às educadoras de infância, com a finalidade de conhecer as estratégias dos Educadores de Infância, em ambiente sala de aula perante uma criança hiperactiva. Como é referido na bibliografia tivemos o cuidado de utilizar uma linguagem simples para poder ser compreendida por todos. Tivemos ainda o cuidado de alertar o questionário para o anonimato, a fim de permitir aos inquiridos o seu preenchimento sem receios.

Para determinar a informação baseamo-nos nas variáveis para elaborar as questões, baseamo-nos em algumas características das crianças e nas estratégias a utilizar em sala de aula.

O questionário é constituído por cinco itens: 1. Nunca; 2. Raramente; 3. Pouca frequência; 4. Frequentemente e 5. Muito frequente.

Está dividido em três partes, sendo a primeira parte, a caracterização da amostra (habilitações académicas e tempo de experiência), a segunda parte sobre as características da criança e a terceira parte sobre as estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que está dividido por adaptações (adaptações no ambiente de aprendizagem, adaptações para obter a atenção, adaptações no ritmo de trabalho, inclusão e adaptação farmacológica). (anexo1)

Na construção do questionário tivemos sempre em atenção a formulação e a ordenação das afirmações.

Utilizamos questionário de resposta fechada, é o instrumento mais utilizado neste tipo de investigação.

O questionário foi aplicado aos educadores de infância através da entrega directa.

A realização do pre-teste foi aplicado, não havendo sugestões de melhoria no questionário.

O pré-teste de acordo com Fortin (1996 pág. 373) “consiste numa medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental”.

De acordo com Correia (1997) “a exigência de precisão conduz á necessidade de testar o questionário antes da sua administração. Para nos assegurarmos da qualidade das perguntas e da razoabilidade da sua ordenação e para as respostas tenham possibilidade de corresponder á informação pretendida, torna-se necessário aplicar o questionário a uma amostra reduzida”.

Para tornar o questionário válido apliquei a uma amostra de 40 pessoas. Como 15% desta amostra não apresenta sugestão de melhoria, Este instrumento tornou-se válido.

O questionário foi codificado. Bogdan & Biklen (1994, pág. 168) referem que “a maior parte dos métodos de análise de dados requer um procedimento chamado codificação”.

É necessário referir também algumas das limitações na aplicação do questionário, foram a possibilidade de ser preenchido de forma desadequada e a garantia da sua devolução. Existe também uma limitação em termos monetários.

5.8.3. Entrevista

Segundo Quivy (1992, pág. 192) “ se a entrevista é, antes de mais, primeiro um método de recolha de informações, no sentido mais rico da expressão, o espirito teórico do investigador deve, no entanto, permanecer continuamente atento, de modo que as suas intervenções tragam elementos de análise tão fecundos quanto possível ”.

O instrumento escolhido para a recolha de dados será a entrevista. Utilizamos a entrevista semi-estruturada ou semi-directivas, de acordo com Quivy, (1992).

De acordo com Quivy (1992, pág. 192) “ *É semidirectiva* no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma serie de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado”.

A entrevista de acordo com Fortin (1996 pág. 245) “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados reactivos às questões de investigação formadas”.

Como é referido na bibliografia tivemos o cuidado de utilizar uma linguagem simples para poder ser compreendida por todos.

Tivemos ainda o cuidado de alertar a entrevista para o anonimato, a fim de permitir aos entrevistados responderem sem receios.

Segundo Morgan (1988 pág. 134; cit in Bogdan & Biklen, 1994) “a entrevista “consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, embora por vezes

possa envolver mais pessoas, dirigida por uma delas com o objectivo de obter informações sobre a outra”. (anexo 2)

As entrevistas são constituídas por um guião onde consta o tema, o objectivo geral e o entrevistado.

Na entrevista também consta o protocolo, ou seja, o protocolo da entrevista.

As entrevistas foram aplicadas à psicóloga clínica e à psicopedagoga clínica.

As entrevistas tiveram como blocos temáticos o perfil do entrevistado, o perfil da hiperactividade, inclusão e as estratégias aplicadas.

Na bibliografia tivemos o cuidado de utilizar uma linguagem simples para poder ser compreendida pelos entrevistados. Tivemos ainda o cuidado de alertar a entrevista para o anonimato, a fim de permitir aos entrevistados maior liberdade de expressão.

É necessário referir também a limitação na aplicação da entrevista, ao pedopsiquiatra, não possível, recorremos portanto ao psicopedagogo clínico para a realização da mesma.

5.9. Tratamento dos dados

Segundo Quivy (1992, pág. 216), “na preparação dos dados, a sua descrição e a sua agregação visam precisamente isto. Descrever os dados de uma variável equivale a apresentar a sua distribuição com a ajuda de quadros ou gráficos, mas também a exprimir esta distribuição numa medida sintética. O essencial desta descrição consiste, pois, em pôr bem em evidência as características da distribuição da variável”.

Para Almeida & Freire (2007, pág. 222) “o tratamento de dados descrevem e sistematizam-se os resultados ou a informação recolhida”.

Antes do tratamento de dados, o investigador deve assegurar-se de que as informações recolhidas são necessárias, suficientes e que reflectem a realidade.

O instrumento de pesquisa utilizado para servir de instrumento de recolha de dados constou de um questionário por inquérito. Utilizamos esta técnica por ser adequada para inquirir um número amplo de pessoas.

Limitámo-nos à validação de conteúdo pedido a vinte e cinco educadores de infância se pronunciassem sobre a estrutura do inquérito. Os inquiridos não deram sugestões para eliminação e/ou reestruturação, daí não ser necessário reestruturar o questionário.

O tratamento estatístico foi efetuado através da análise estatística descritiva através frequência absoluta e média aritmética, utilizando o programa *SPSS (Statistic Package for the Social Science, versão 19)*, é uma análise estatística descritiva e foi utilizando o método de codificação. Bogdan & Biklen (1994, p. 168) referem que “a maior parte dos métodos de análise de dados requer um procedimento chamado codificação”.

A análise estatística foi efetuada com recurso a estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas).

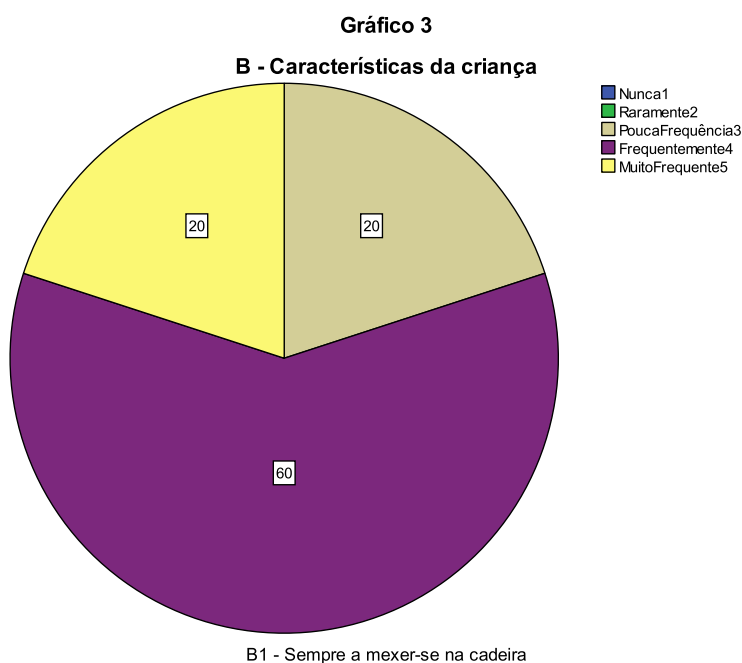
Utilizamos também para recolha de dados a entrevista (entrevista médica), permite-nos recolher informações que tiveram como objectivo obter dados qualitativos.

Desta forma, testamos as hipóteses através do questionário e das entrevistas.

Capítulo VI – Apresentação de resultados

“Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto”. (Fortin, pág. 330, 1996)

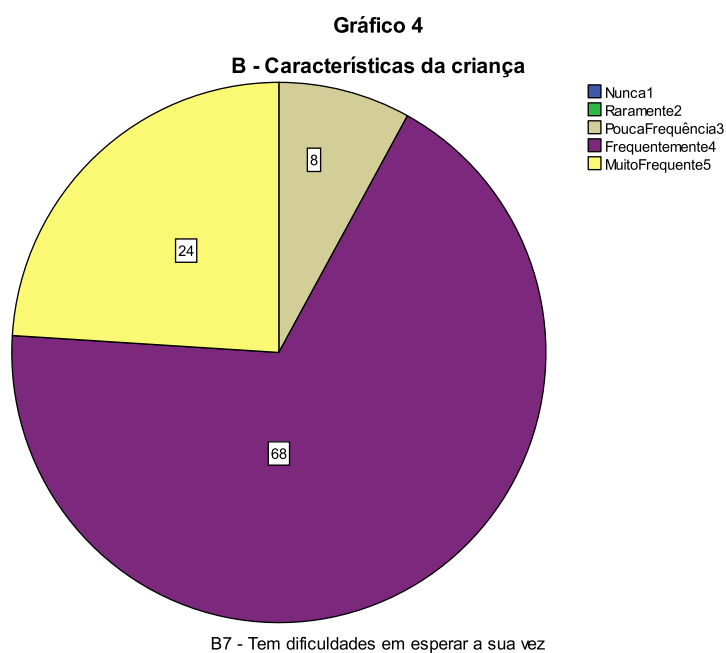
Iremos proceder à apresentação dos dados obtidos no âmbito do tratamento estatístico efectuado. O tratamento estatístico foi efetuado através da análise estatística descritiva através frequência absoluta e média aritmética, utilizando o programa *SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)*, é uma análise estatística descritiva e foi utilizando o método de codificação.



Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

Gráfico 3 - B - Características da criança

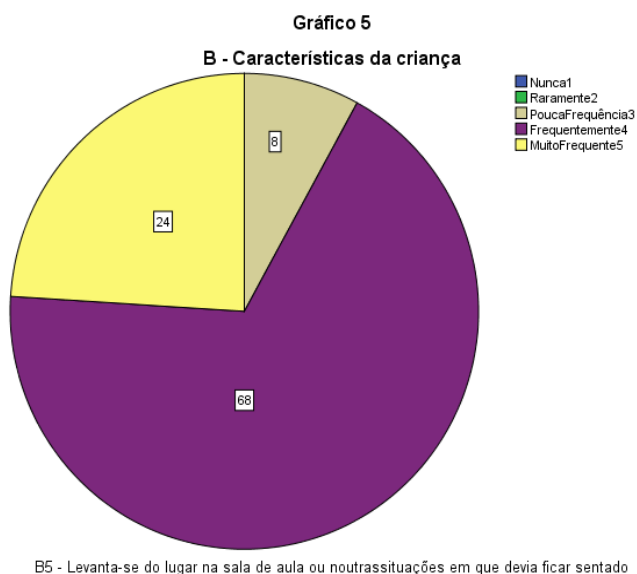
Ao observarmos o grafico 3 B – Caracteristica da criança , constatamos que 60% (15 educadores de infancia) dos educadores de infancia afirma que freuqntemente a criança se está sempre a mexer na cadeira. Enquanto que 20% (5 educadores de infancia), afirma que é com pouca freuqncia que a criança se está sempre a mexer na cadeira, tambem com 20% (5 educadores de infancia), estao os educadores de infancia que afirmam que a criança muito frequentemente se está sempre a mexer na cadeira. Por ultimo temos 0% (0 educadores de infancia), tanta para a afirmação nunca como para raramente.



Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

Gráfico 4 - B- Características da criança

Pela observação do gráfico 4, B- características da criança podemos verificar que, em relação à criança hiperactiva ter dificuldades em esperar a sua vez 68% (17 educadores de infância), dos educadores de infância afirmam que isso acontece frequentemente, já 24% (6 educadores de infância) educadores de infância afirmam que acontece muito frequentemente, 8% (2 educadores de infância) afirmam que acontece com pouca frequência e 0% (0 educadores de infância) afirma quem nunca e que raramente acontece.

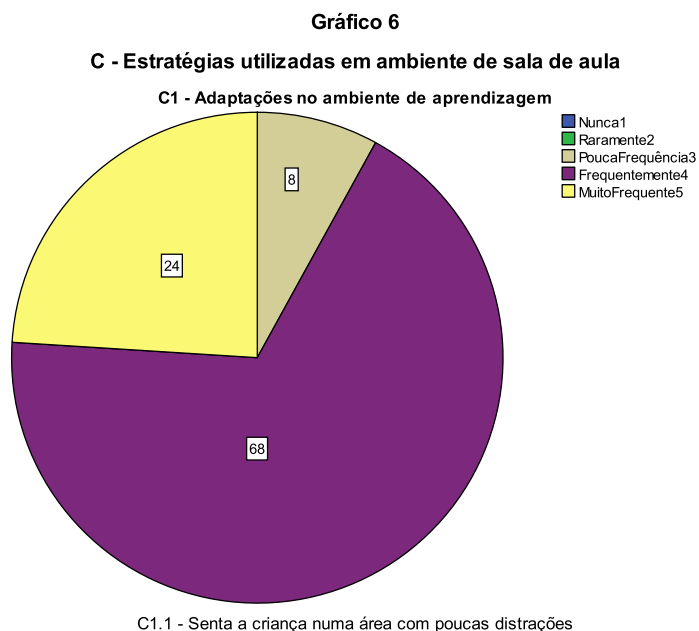


Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

Gráfico 5 - B- Características da criança

Da análise do gráfico 5, B- características da criança, verifica-se que 68% (17 educadores de infância), dos educadores de infância afirmam que a criança hiperactiva se levanta do lugar na sala de aula ou noutras situações em que devia ficar sentado frequentemente, já 24% (6 educadores de infância) educadores de infância mencionam que acontece muito frequentemente, 8% (2 educadores de infância) consideram que acontece com pouca frequência e 0% (0 educadores de infância) referem que nunca e que raramente acontece.

Como podemos verificar pelos três gráficos, a maioria dos educadores de infância, avaliam as características das crianças. O distúrbio do défice de atenção com hiperactividade está presente no pré-escolar.



Fonte: SPSS (Statistic Pachege for the Social Science, versão 19)

Gráfico 6 – C- Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

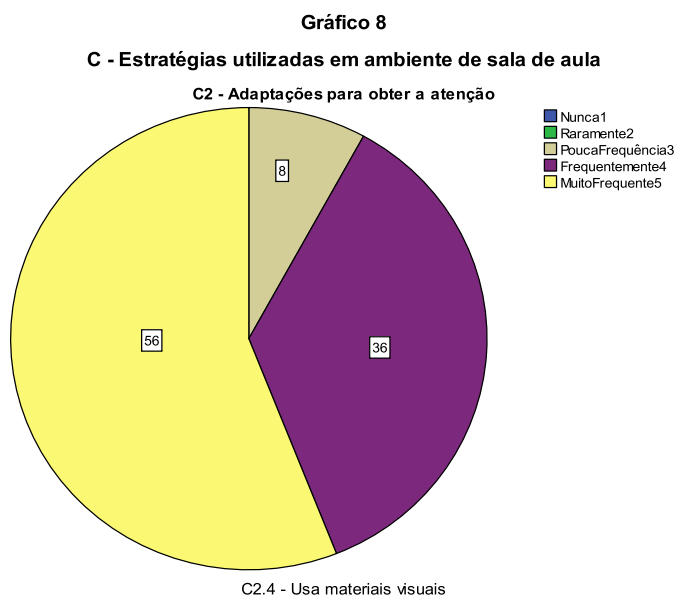
No que diz respeito ao gráfico 6, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C1 – adaptações no ambiente de aprendizagem e tem como afirmação C1.1 – senta a criança numa área com poucas distrações, 68% (17 educadores de infância), dos educadores de infância sentam a criança hiperactiva numa área com poucas distrações frequentemente, já 24% (6 educadores de infância) educadores de infância referem que acontece muito frequentemente, 8% (2 educadores de infância) consideram que acontece com pouca frequência e 0% (0 educadores de infância) referem que nunca e que raramente acontece.



Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

Gráfico 7 - C - Estratégias utilizadas em ambiente sala de aula

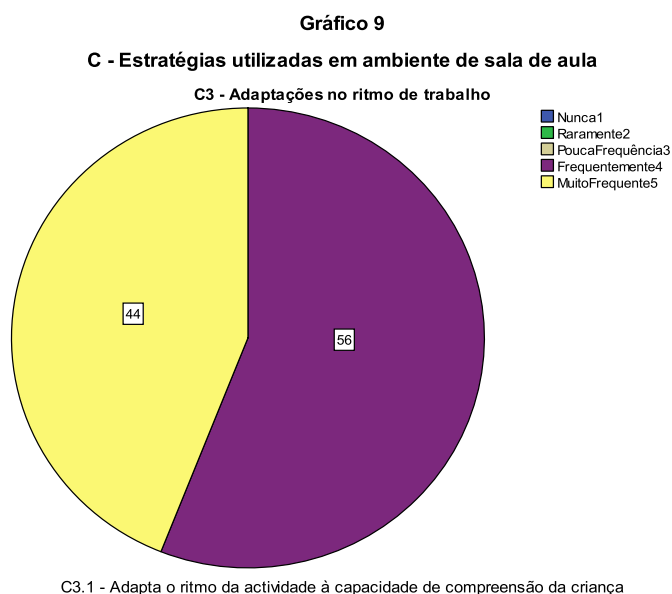
De acordo com o gráfico 7, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C2 – adaptações para obter a atenção, tem como afirmação C2.2 – utiliza cores nas actividades, 52% (13 educadores de infância) referem que utilizam muito frequentemente cores nas actividades, já 44% (11 educadores de infância) afirmam utilizar frequentemente cores nas actividades, 4% (1 educador de infância) afirma utilizar cores nas actividades com pouca frequência e 0% (0 educadores de infância) nunca ou raramente utilizam cores nas actividades.



Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

Gráfico 8 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

Quanto ao gráfico 8, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C2 – adaptações para obter a atenção, tem como afirmação C2.4 – usa materiais visuais, 56% (14 educadores de infância) responderem que utilizam muito frequentemente materiais visuais, já 36% (9 educadores de infância) responderam que utilizam frequentemente materiais visuais, 8% (2 educadores de infância) responderam utilizar materiais visuais com pouca frequência e 0% (0 educadores de infância) nunca ou raramente utilizou materiais visuais.



Fonte: SPSS (Statistic Package for the Social Science, versão 19)

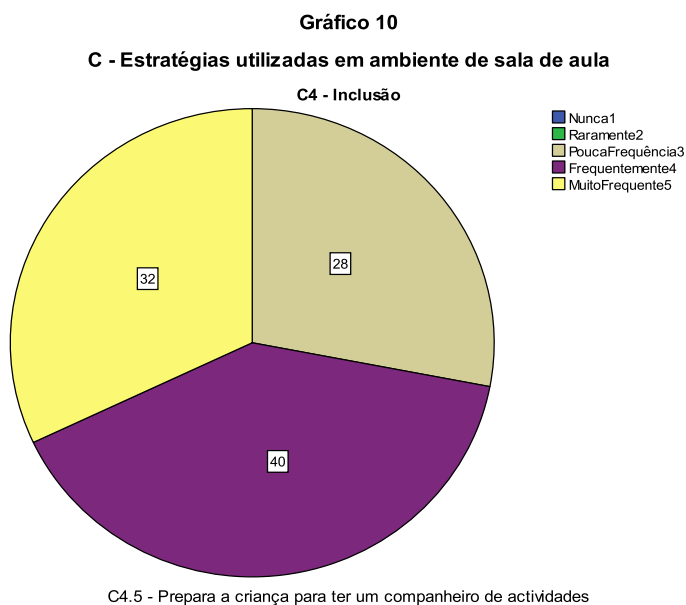
Gráfico 9 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

Quanto ao gráfico 9, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C3 – adaptações no ritmo de trabalho, tem como afirmação C3.1 – adapta ao ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança, 56% (14 educadores de infância) adapta frequentemente o ritmo da actividade á capacidade de compreensão da criança, já 44% (11 educadores de infância) adapta muito frequente o ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança e 0% (0 educadores de infância) nunca, raramente ou com pouca frequência adapta o ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança.

A utilização de estratégias é fundamental para modificar a atitude da criança e ajudá-la desenvolver as suas competências. Facilita o processo ensino aprendizagem das crianças com distúrbio de défice de atenção com hiperactividade.

Como podemos observar nos gráficos a maioria dos educadores de infância utilizam estratégias em sala de aula, através de opções no ambiente de aprendizagem;

adaptações no ritmo de trabalho e adaptação para obter a atenção. Estas adaptações realizadas pelos educadores de infância privilegiam e facilitam o ensino de crianças com hiperactividade.



Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

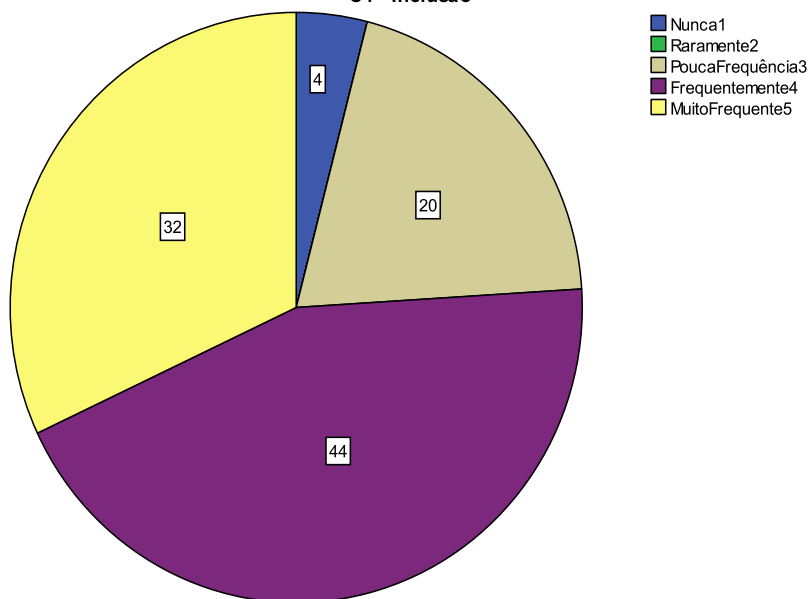
Gráfico 10 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

A partir da observação do gráfico 10, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C4 – inclusão, tem como afirmação C4.5 – prepara a criança para ter um companheiro de actividades, 40% (10 educadores de infância) afirmam preparar a criança hiperactiva para ter um companheiro de actividades frequentemente, 32% (8 educadores de infância) afirmam preparar a criança hiperactiva para ter um companheiro de actividades muito frequentemente, já 28% (7 educadores de infância) referem que preparam com pouca frequência a criança hiperactiva para ter um companheiro de actividades, 0% (0 educadores de infância) nunca ou raramente preparam a criança hiperactiva para ter um companheiro de actividades.

Gráfico 11

C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

C4 - Inclusão



C4.1 - Apresenta às outras crianças da sala a problemática do colega

Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

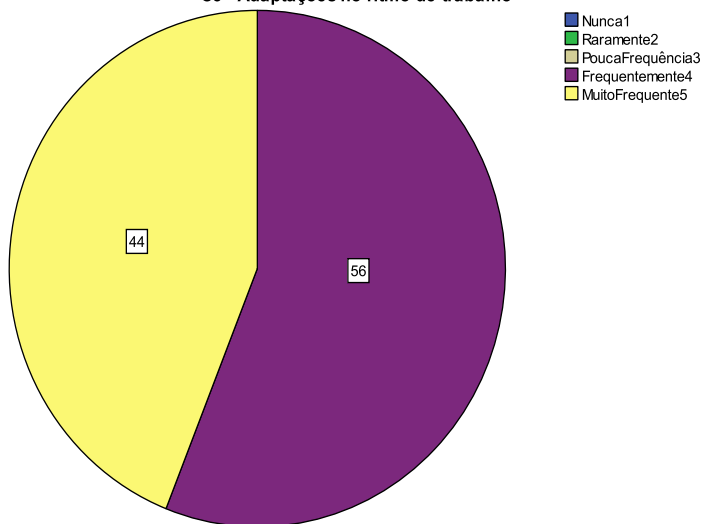
Gráfico 11 - C – Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

Pela observação do gráfico 11, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C4 – inclusão, tem como afirmação C4.1 – apresenta às outras crianças da sala a problemática do colega, 44% (11 educadores de infância) referem que apresentam frequentemente às crianças a problemática do colega, 32% (8 educadores de infância) afirmam que apresentam muito frequentemente às crianças a problemática do colega, 20% (5 educadores de infância) referem que apresentam com pouca frequência às outras criança a problemática do colega, 4% (1 educador de infância) refere que nunca apresentou às outras crianças a problemática do colega, já 0% (0 educadores de infância) raramente apresentou às outras crianças a problemática do colega.

Gráfico 12

C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

C3 - Adaptações no ritmo de trabalho



C3.1 - Adapta o ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança

Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

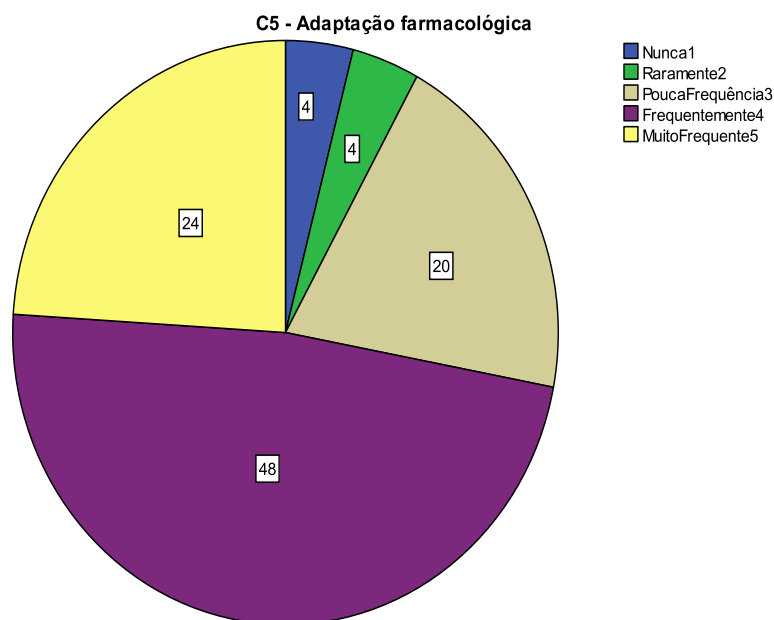
Gráfico 12 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

Em relação ao gráfico 12, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C3 – adaptações no ritmo de trabalho, tem como afirmação C3.1 – adapta ao ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança, 56% (14 educadores de infância) consideram que adaptam frequentemente o ritmo da actividade á capacidade de compreensão da criança, já 44% (11 educadores de infância) referem que adaptam muito frequente o ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança e 0% (0 educadores de infância) nunca, raramente ou com pouca frequência adapta o ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança.

As estratégias, que os educadores de infância utilizam facilitam a aprendizagem da criança hiperactiva, ajuda-a na sua aprendizagem, sem prejudicar as crianças sem hiperactividade. As estratégias ajudam na inclusão, os educadores de infância ao exporem a problemática do colega em sala de aula, explicando a sua doença e colocando este a trabalhar com um colega sem hiperactividade vai ajuda-lo na sua aprendizagem, como podemos ver nos gráficos.

Gráfico 13

C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula



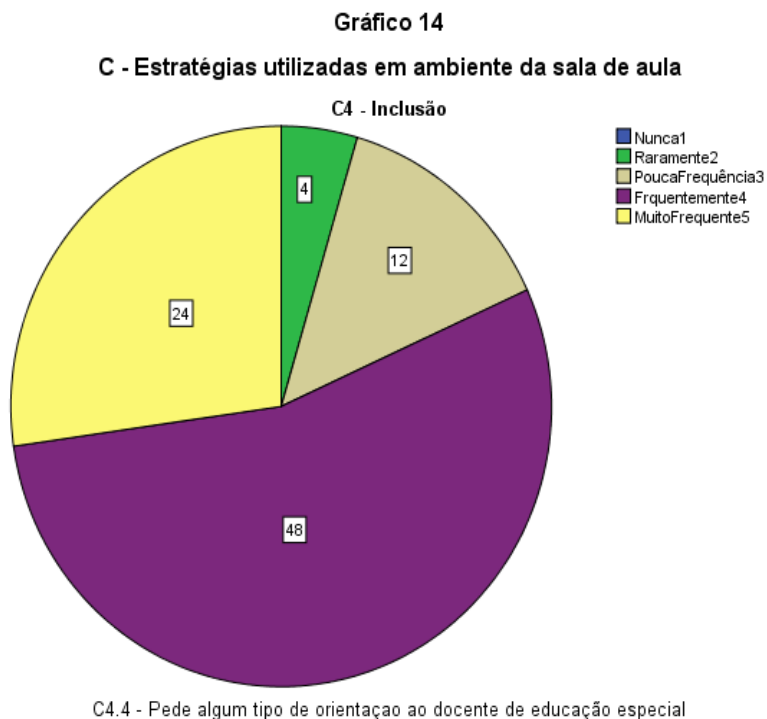
C5.1 - A utilização da medicação permite uma melhoria no comportamento e no rendimento pré-escolar

Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

Gráfico 13 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

De acordo com o gráfico 13, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C5 – adaptação farmacológica C5.1 – a utilização da medicação permite uma melhoria no comportamento e no rendimento pré-escolar, 48% (12 educadores de infância) consideram esta estratégia adequada, pois referem que frequentemente a utilização da medicação permite uma melhoria no comportamento e no rendimento pré-escolar, 24% (6 educadores de infância) referem que a utilização da medicação muito frequentemente permite uma melhoria no comportamento e no rendimento pré-escolar, 20% (5 educadores de infância) referem que utilizam com pouca frequência a medicação, 4% (1 educador de infância) refere que nunca ou raramente utiliza a medicação para a melhoria no comportamento e rendimento.

Os educadores de infância têm que utilizar a medicação para um melhor controlo do comportamento da criança hiperactiva e para o sucesso das estratégias. Podemos ver neste gráfico que sem a medicação os educadores de infância teriam dificuldades em aplicar as estratégias e em controlar o comportamento da criança hiperactiva.



Fonte: SPSS (Statistic Pachage for the Social Science, versão 19)

Gráfico 14 - C - Estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula

Em relação ao gráfico 14, C- estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, que corresponde a C4 – inclusão C4.4 – pede algum tipo de orientação ao docente de educação especial, 48% (12 educadores de infância) afirmam pedir com frequência orientação ao docente de educação especial, 24% (6 educadores de infância) afirmam que pedem com muita frequência orientação ao docente de educação especial, 12% (3 educadores de infância) referem que pedem com pouca frequência orientação ao docente de educação especial, 4% (1 educador de infância) refere que raramente pede orientação ao docente de educação de especial e 0% (0 educadores de infância) afirma nunca pediu orientação ao docente de educação especial.

Os educadores de infância tem que pedir orientação ao docente de educação especial para melhorarem o seu ensino. Como podemos ver no gráfico os educadores de infância pedem frequentemente orientações aos docentes de educação especial. Com este gráfico concluímos que sem este tipo de orientação os educadores de infância teriam algumas dificuldades no processo de ensino-aprendizagem.

Capítulo VII – Análise e discussão dos dados

De acordo com Fortin, (1996, pág. 342) “os resultados não têm sentido senão incuída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação”.

Iremos proceder à discussão dos dados.

O principal objectivo desta dissertação de mestrado é verificar o sucesso da integração da criança com características de hiperactividade na sala de aula.

Considerando a primeira hipótese por nós formulada:

H1: Estará presente no pré-escolar o distúrbio do défice de atenção com hiperactividade.

Podemos verificar na entrevista médica e nos gráficos 3, 4 e 5 referentes a B-características da criança esta hipótese foi confirmada. Gráfico 3 corresponde B1 – sempre a mexer-se na cadeira, o gráfico 4 corresponde B7 – tem dificuldade em esperar a sua vez e o gráfico 5 corresponde B5 – levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que devia ficar sentado.

A hipótese 1 vai de encontro ao objectivo específico analisar de que forma o distúrbio do défice de atenção com hiperactividade se revela no pré-escolar.

Excerto da entrevista médica onde se confirma a hipótese 1.

E: A partir de que idade é possível fazer um diagnóstico confiável do transtorno do défice de atenção e hiperactividade?

C: O diagnóstico do transtorno de défice de atenção e hiperactividade, nem sempre é fácil, principalmente em crianças. É importante que a criança seja avaliada por um profissional experiente nesse assunto, pois assim, a probabilidade de erro no diagnóstico será menor, uma vez que não há um marcador biológico para isso. Além da avaliação médica, o diagnóstico pode ser complementado por uma avaliação psicológica e uma avaliação escolar, em que se inclui pelo menos um histórico escolar e exemplos de comportamento da criança, obtidos por observações directas. É possível que a criança apresente algumas características do transtorno do défice de atenção e hiperactividade e não seja portadora da síndrome, por isso é necessário que os sintomas estejam presentes por mais de seis meses e em diferentes contextos sociais e ter surgido antes dos sete anos de idade.

Para Falardeu (1997, pág. 51), “o ideal seria descobrir a hiperactividade antes que as crianças atingidas começassem a frequentar a escola. Aquando do exame dessas crianças com cinco anos de idade. É necessário dar a conhecer o problema, de forma

alargada, a todos os pais e educadores, para que estes possam enviar as crianças que apresentam sintomas de hiperactividade a especialistas o mais rapidamente possível”.

De acordo com Barkley (2002, pág.41), “As taxas epidemiológicas variam conforme o estudo e o pesquisador, porém há uma particularidade quanto ao gênero, que é a incidência três vezes maior em meninos do que em meninas”.

Considerando a segunda hipótese por nós:

H2: Existirá materiais e actividades que privilegiem o ensino de crianças com hiperactividade.

Observando os gráficos 6, 7, 8 e 9, referentes C – estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, podemos referir que esta hipótese foi confirmada. O gráfico 6 corresponde ao C1 - adaptações no ambiente de aprendizagem e tem como afirmação C1.1 – senta a criança numa área com poucas distrações. O gráfico 7 corresponde ao C2 – adaptações para obter atenção e tem como afirmação C2.2 – utiliza cores nas actividades. O gráfico 8 corresponde ao C2 – adaptações para obter a atenção e tem como afirmação C2.4 – usa materiais visuais. O gráfico 9 corresponde ao C3 – adaptações no ritmo de trabalho e tem como afirmação C3.2 – adapta ao ritmo da actividade á capacidade de compreensão da criança.

Esta hipótese vai de encontro ao objectivo específico existirá materiais e actividades que privilegiem o ensino de crianças com hiperactividade.

Ficamos a conhecer materiais e actividades a privilegiam o ensino de crianças com hiperactividade.

Lopes (2004, pág. 202), “quer o relacionamento com os outros, quer os trabalhos escolares exigem reflexão, planeamento, estratégia, estabelecimento de objectivos e, por tudo isto, uma complexa gestão do tempo”.

Considerando a terceira hipótese por nós formulada:

H3: Será que os educadores de infância notam dificuldades na utilização das estratégias.

Esta hipótese vai ao encontro do objectivo específico conhecer as necessidades sentidas pelos educadores de infância na utilização das estratégias em sala de aula.

Observando o gráfico13 e o gráfico 14 referentes C – estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula. O gráfico 13 corresponde ao C5 – adaptação farmacológica e tem como afirmação C5.1 – a utilização da medicação permite uma melhoria no comportamento e no rendimento pré-escolar. o gráfico 14 corresponde ao C4 – inclusão e tem como

afirmação C4.4 – pede algum tipo de orientação ao docente de educação especial. , podemos referir que esta hipótese foi confirmada, pois podemos concluir que sem este tipo de orientação e sem a medicação os educadores de infância teriam algumas dificuldades no processo de ensino-aprendizagem. De acordo com Lopes (2004, pág. 237), “a utilização de um fármaco permite uma melhoria no comportamento, no rendimento escolar e no ajustamento social numa percentagem entre 70% e 90% das crianças tratadas”.

Considerando a quarta hipótese por nós formulada:

H4: Será que as estratégias que os educadores de infância utilizam contribuem para ajudar a criança hiperactiva.

Quando observamos o gráfico 10, 11 e 12, referentes C – estratégias utilizadas em ambiente de sala de aula, podemos referir que esta hipótese foi confirmada.

O gráfico 10 corresponde ao C4 – inclusão e tem como afirmação C4.5 – prepara a criança para ter um companheiro de actividades. O gráfico 11 corresponde ao C4 – inclusão e tem como afirmação C4.1 – apresenta às outras crianças da sala a problemática do colega. O gráfico 12 corresponde ao C3 – adaptações no ritmo de trabalho e tem como afirmação C3.1 – adapta ao ritmo da actividade à capacidade de compreensão da criança.

A hipótese 4 vai ao encontro do objectivo específico conhecer as estratégias a utilizar pelo educador de infância para ajudar a criança hiperactiva foi atingido, pois as estratégias ajudam na inclusão, os educadores de infância ao exporem a problemática do colega em sala de aula, explicando a sua doença e colocando este a trabalhar com um colega sem hiperactividade vai ajuda-lo na sua aprendizagem.

Para Lopes (2004, pág. 206), “As estratégias são essenciais para gerir a sala de aula em geral, sê-lo-ão ainda mais para evitar que os comportamentos dos alunos DHDA se voltem contra eles próprios e que perturbem o ritmo da aula”.

De acordo com Correia (1997, pág.14), “Não podemos esquecer que os alunos com necessidades educativas especiais passam parte significativa do seu dia-a-dia nas escolas, se tivermos em conta os princípios que a inclusão pressupõe. E, se assim é, durante esse período crucial do seu desenvolvimento, não só terão de interagir continuamente com professores e colegas, mas também estarão expostos às mais diversas estratégias e métodos de ensino”.

A partir dos pressupostos teóricos já apresentados e a partir da análise dos dados obtidos na nossa investigação, podemos referir que as estratégias em sala de aula que os educadores de infância dão mais importância foram:

- Senta frequentemente a criança numa área com poucas distrações;
- Utiliza muito frequentemente cores nas actividades;

- Usa materiais visuais muito frequentemente;
- Adapta frequentemente o ritmo da actividade á capacidade de compreensão da criança;
- Prepara frequentemente a criança para ter um companheiro de actividades.

Para Selikowitz (2010, pág. 178), “é fundamental que os professores criem um ambiente de aprendizagem propício à criança com hiperactividade”.

Mas para Parker (2003, pág. 55), “os educadores de infância devem desenvolver esforços no sentido de manterem uma estrutura e uma rotina nas suas salas de aula. Ao estabelecerem regras de sala de aula claramente definidas, os professores comunicam as suas expectativas em relação ao comportamento e ao desempenho dos alunos. No entanto, para serem eficazes, as regras devem ser feitas cumprir de forma consistente. Os esforços desenvolvidos pelo aluno para agir em conformidade com as regras da sala de aula devem ser elogiados pelo professor e o sucesso escolar de um aluno deve ser comunicado aos pais para que haja um reforço adicional em casa”.

A estrutura na sala de aula é igualmente promovida quando existem rotinas estabelecidas para o desempenho de tarefas repetitivas.

Verificamos que segundo Parker (2003, pág. 55) “as estratégias que os educadores de infância utilizam em sala de aula, para serem totalmente eficazes, devem ser aplicadas de forma consistente, ou seja, continuamente. Os educadores de infância devem utilizar frequentemente o reforço positivo, especialmente no início da cada actividade, motivará o aluno para dedicar mais tempo a gerir a seu trabalho e os seus materiais”.

Os educadores de infância de acordo com Parker (2003, pág. 55) “podem fazer adequações para a criança hiperactiva, reduzindo as tarefas, concedendo à criança tempo extra para completar o trabalho, se necessário, estabelecendo intervalos num longo período de trabalho ou incentivando a criança a manter-se a trabalhar”. Verificamos que esta adaptação por parte dos educadores de infância será benéfica para a sua capacidade de compreensão.

Durante a exposição da aula segundo Parker (2003, pág. 55) “deve-se procurar usar os computadores para ajudar a aumentar a motivação e a atenção. Os professores podem descobrir que os materiais de aprendizagem que se apoiam no recurso informático são mais capazes de captar e de fixar o interesse do aluno hiperactivo. Gráficos coloridos, aprendizagem interactiva e retorno imediato às respostas funcionam como ímanes para atrair a atenção”.

Verificamos que os educadores de infância ao utilizarem muito frequentemente os materiais visuais na sala de aula (como por exemplo o computador) adquirem de imediato a atenção da criança hiperactiva.

A criança hiperactiva de acordo com segundo Parker (2003, pág. 57) deve sentar-se ao pé de um “*bom modelo*”. Deve-se tentar evitar sentar alunos hiperactivos próximo dos outros, perto de janelas ou de expositores, ou mesmo perto de áreas da sala em que estão sujeitos a mais distrações.

Selikowitz (2010, pág. 178) vai de encontro à opinião de Parker (2003, pág. 57) “é conveniente sentar esta criança no meio de duas outras que sejam “bons exemplos””.

Verificamos que os educadores de infância, preparam a criança hiperactiva par ter um companheiro de actividades, mas não organizam a disposição das crianças na sala de aula, tento em atenção as distrações presentes na sala.

Outras estratégias que os educadores de infância dão mais importância:

- Apresenta frequentemente às outras crianças da sala a problemática do colega;
- A utilização frequente da medicação permite uma melhoria no comportamento pré-escolar;
- Pede com frequência orientação ao docente de educação especial.

Para que a medicação surta bons resultados segundo Selikowitz (2010, pág. 186) é necessário administrá-la juntamente com outras estratégias”.

Verificamos que os educadores de infância, ao utilizarem estratégias juntamente com a utilização frequente da medicação permite uma melhoria no comportamento da criança hiperactiva.

“Para controlar adequadamente uma criança com PHDA para Selikowitz (2010, pág. 178) “o professor tem de compreender o que significa ser uma criança com esse distúrbio”.

Verificamos que os educadores de infância pede com frequência orientação ao docente de educação especial para ajudar a criança hiperactiva no processo ensino-aprendizagem.

“As técnicas triangulares nas Ciências Sociais visam explicar de maneira mais completa, a riqueza e complexidade do comportamento humano estudando-o desde mais que um ponto de vista”. Cohen e Manion (1990, pág.331)

Capítulo VIII – Conclusões

A elaboração desta investigação foi muito enriquecedora porque adquiri conhecimentos que desconhecia sobre o tema.

O nosso estudo pretende sobretudo contribuir, para um melhor estudo sobre as estratégias a aplicar pelo educador de infância em sala de aula perante uma criança hiperactiva.

Cabe a todos nós educadores de infância aplicar estratégias de modo a integrar a criança hiperactiva em sala de aula. As estratégias aplicadas em sala de aula perante a criança hiperactiva facilita o processo de ensino-aprendizagem.

Segundo Nielsen (1999, pág. 23). “a criação de um ambiente positivo e confortável é essencial para que a experiência educativa tenha sucesso e seja gratificante para todos os alunos.”

Podemos concluir com base nos questionários que o objectivo geral, verificar o sucesso da integração da criança com características de hiperactividade na sala de aula foi cumprido. A maioria dos educadores de infância aplicam estratégias para facilitar a inclusão e a aprendizagem da criança hiperactiva.

Aprendemos que existem crianças que parecem ter uma fonte inesgotável de energia, estão em constante movimento, estar paradas é uma tarefa impossível de cumprir.

São caracterizadas por “diabinhos”, “pestinhas”, irrequietos, agitados por manifestarem padrões comportamentais em que a actividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva, o que por vezes leva as pessoas a considerá-las mal educadas e temperamentais. Acusação injustas para quem sofre de um síndrome que as leva a agir de forma impulsiva, desatenta e às vezes até caótica.

No entanto, é preciso um certo cuidado na avaliação das crianças, pois, nem todas as crianças irrequietas sofrem do distúrbio do défice de atenção com hiperactividade, devendo esta avaliação ser feita por um pediatra e se for o caso então recorrer a um psicólogo clínico que além de estudar o caso poderá dar apoio necessário à família.

Frequentemente, estas crianças são rejeitadas pelos colegas e às vezes pela própria família, devido há sua instabilidade. O comportamento desestabilizador, as dificuldades de aprendizagem, fazem com que o educador de infância sinta uma enorme frustração que pode levar a um sentimento negativo, de aversão para com a criança que pode tornar-se em hostilidade.

É de extrema importância que através de novas práticas pedagógicas se adoptem mais no sentido de promover o sucesso educativo destas crianças da forma mais abrangente, fazendo do ensino-aprendizagem um estímulo renovado, num processo activo e vivenciado.

Ter uma criança hiperactiva na sala, o educador tem infância tem pela frente uma tarefa difícil.

Da análise e discussão dos dados poderemos inferir que os objectivos específicos propostos para esta dissertação foram atingidos.

Objectando à nossa hipótese 4 verificamos que as estratégias que os educadores de infância utilizam contribuem para ajudar a criança hiperactiva, mas revelam dificuldades na utilização das estratégias, estando fundamentado na hipótese 3. Tanto a hipótese 3 como a hipótese 4 foram validadas.

A hipótese 1 e a hipótese 2 também foram validadas, visto existirem materiais e actividades que privilegiam o ensino de crianças com hiperactividade no pré-escolar.

De acordo com a hipótese 1 para Falardeu (1997, pág. 51), “o ideal seria descobrir a hiperactividade antes que as crianças atingidas começassem a frequentar a escola. Aquando do exame dessas crianças com cinco anos de idade. É necessário dar a conhecer o problema, de forma alargada, a todos os pais e educadores, para que estes possam enviar as crianças que apresentam sintomas de hiperactividade a especialistas o mais rapidamente possível”.

De acordo com a hipótese 2, para Parker (2003, pág. 55), os procedimentos de início do dia escolar, de entrega e de recolha de trabalhos, de atribuição de tarefas, de verificação do trabalho de casa e das tarefas atribuídas na sala de aula, de formação em linha, para saída da sala, etc. tornam a sala de aula mais previsível e ajudam o aluno a formar bons hábitos comportamentais.

De acordo com a hipótese 3, para Antunes (2009, pág. 166). “não subsistem grandes dúvidas quanto ao facto de a medicação ser a intervenção mais eficaz na redução dos sintomas principais da PHDA, nomeadamente na desatenção e hiperactividade”

De acordo com a hipótese 4, para Lopes (2004, pág. 206), “as estratégias são essenciais para gerir a sala de aula em geral, sê-lo-ão ainda mais para evitar que os comportamentos dos alunos DHDA se voltem contra eles próprios e que perturbem o ritmo da aula”.

As estratégias de intervenção, na sala de aula, que os docentes consideram mais adequadas adoptar para a criação de um ambiente propício à aprendizagem do aluno hiperactivo são: manter o aluno afastado de focos de distração; enfatizar a qualidade e não a quantidade; utilizar cores nas actividades, usar materiais visuais e sentar a criança numa área com poucas distrações.

Quanto às estratégias de intervenção educativas que os docentes consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos: adaptar o ritmo da actividade à capacidade de

compreensão da criança; apresentar às outras crianças da sala a problemática do colega e preparar a criança para ter um companheiro de actividades.

Os docentes consideram que a medicação é um factor relevante para o processo educativo do aluno hiperactivo. Estes consideram que o aluno deve receber tratamento farmacológico, de forma a melhorar o seu desempenho escolar. Vários estudos revelam que quando administrada a medicação "...as crianças melhoram nas aprendizagens simples e complexas. Conseguem memorizar melhor palavras e símbolos aprendidos. Conseguem lembrar-se mais depressa e melhor da matéria que aprenderam." (Selikowitz, 2010, pág. 206)

A consecução dos objectivos levou-nos a optar em simultâneo por um estudo de carácter qualitativo e quantitativo (sustentado pelos dados recolhidos através das entrevistas).

Os resultados deste estudo revela que maioria dos educadores de infância utilizam diversas estratégias em sala de aula em crianças com hiperactividade, ou seja, estão preparados para trabalhar com crianças hiperactivas, pois dominam esta problemática, o que facilita o processo ensino aprendizagem de alunos DDAH.

Com esta investigação aprofundamos o conhecimento em relação ao DDAH.

Ao longo do estudo fomos apresentando várias referências bibliográficas, formadas com base em leituras.

Não houve dificuldades na recolha dos questionários, os educadores de infância valorizaram esta pesquisa. Na realização das entrevistas tivemos alguma dificuldade na entrevista médica, tivemos que entrevistar um Psicopedagoga Clínica.

Como resultado desta investigação, consideramos ser pertinente fazer algumas recomendações, para que as estratégias a aplicar pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva se verifiquem e para que sejam reduzidas as "barreiras à aprendizagem", pensamos que devem ser levadas em reflexão a seguinte medida:

- Os jardins de infância devem oferecer estruturas básicas para que as educadoras de infância não desmotivem, assegurando, a construção de uma "Escola para todos".

Nielsen (1999, pág. 23) "A criação de um ambiente positivo e confortável é essencial para que a experiência educativa tenha sucesso e seja gratificante para todos os alunos".

- Todos os educadores de infância devem valorizar a formação e encará-la como um processo perante e contínuo. É muito importante que todos os educadores de infância se mantenham actualizados reactivamente à PHDA, para promover o sucesso educativo das crianças hiperactivas, fazendo do ensino-aprendizagem um estímulo renovado, num processo activo e vivenciado.

Actualmente de acordo com Selikowitz (2010, pág. 176) “há uma noção cada vez mais clara da PHDA um professor interessado tem acesso a uma serie de livros sobre este tema, escrito especialmente para professores.”

- Utilizar outras técnicas de recolha de dados como por exemplo: filmagens de situações reais de sala de aula, observação directa, de modo a ter uma compreensão mais aprofundada do problema em estudo.

É necessário De acordo com Nielsen (1999, pág. 62) “que o professor enfatize a qualidade e não a quantidade”.

Consideramos que todos os educadores de infância devem valorizar a formação e encará-la como um processo permanente e contínuo.

Um educador de infância deverá sempre questionar-se como se sentirá a criança hiperactiva?

“Quando eu falo com os outros,
eu parcialmente falo com os outros
e parcialmente falo comigo próprio.”
(Andersen, 1992)

Limitações do estudo

“As dificuldades encontradas no decurso de semelhante procedimento são múltiplas e onnipresentes. O investigador tem que estar a decidir constantemente”. (Quivy, 1995 pág.234)

Apesar de triangularmos diferentes estratégias de investigação, registamos as estratégias a aplicar pelo educador de infância em sala de aula perante uma criança hiperactiva, não temos grandes dúvidas de que a dimensão e o âmbito abrangido por este trabalho só representa uma parte da realidade, não permitindo generalizar os possíveis resultados, como desejávamos.

A amostra não é muito significativa e os resultados não dão a reconhecer com rigor a realidade efectiva desta problemática, devendo a amostra ser alargada a uma zona geográfica mais vasta. Devia à amostra ter um reduzido número de docentes (40 educadores de infância) e dessa amostra, só responderam apenas 25 docentes, limitou-nos.

Ao longo da realização desta investigação, podem também ter ficado em aberto algumas questões, pois para além deste estudo, há que ter em conta outros problemas inerentes ao tema. É necessário referir também algumas das limitações na aplicação do questionário. Como por exemplo, a possibilidade de ser preenchido de forma desadequada e a garantia da sua devolução.

Ainda no decorrer deste trabalho, algumas limitações surgiram nomeadamente na recolha de bibliografia actualizada. Esforçamo-nos, mas nem sempre foi possível encontrar parte da bibliografia já consultada para prosseguir a investigação. Debatemo-nos também com alguma falta de tempo, que este estudo necessitava e nem sempre lhe foi dedicado devido a vários factores de ordem pessoal e profissional. Tivemos também uma limitação monetária.

Linhas de investigação

“Cada estudo tem implicações em investigações futuras, quer sejam novas questões a explorar, a melhoria dos instrumentos de medida ou a replicação do estudo com outras populações ou noutros contextos, o que fornece também sugestões para a implementação dos resultados na prática profissional”. (Fortin, 1996, pág. 337)

Achamos pertinente apresentar sugestões, que poderiam ser contempladas em estudos posteriores, de forma a serem alcançados resultados mais consistentes relativamente à problemática em estudo.

- Seria pertinente efectuar estudos idênticos noutras áreas geográficas do país no intuito de comprar os resultados obtidos.

- Seria pertinente perceber quais as percepções dos pais face às estratégias aplicadas pelo educador de infância em ambiente de sala de aula perante uma criança hiperactiva.

- Que mudanças seriam pertinentes implementar ao nível da legislação, para a edificação de uma Escola inclusiva de e para todos.

- Conhecer as atitudes e as estratégias, dos restantes agentes envolvidos no processo ensino/aprendizagem, nomeadamente os gestores escolares e os funcionários, face à inclusão de crianças com distúrbio de défice de atenção com hiperactividade.

- Para o melhoramento deste trabalho seria pertinente aplicar também um inquérito por questionário para sabermos quais as estratégias aplicadas pelos pais em casa perante a criança com distúrbio de défice de atenção com hiperactividade

Referências bibliográficas

- Ainscow, M. (1997). *Educação para todos: torná-la uma realidade. In I.I.E. (Eds.) caminhos para as escolas inclusivas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Almeida L. & Freire T., (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios edições
- Anderson, G. (1998). *Fundamentals of educational research*. London: Falmer Press.
- Andersen. M. T., (1992). *Para a crítica da paisagem*, Dissertação de doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro, Lisboa.
- Bell, J. (1989). *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. 2. reimp. Milton Keynes, England: Open University Press
- Berger, M. (2001). *A criança instável*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Bogdan R.C. e Biklen K.S. (1991). *Investigação qualitativa em educação*. Porto editora, Porto.
- Brazelton, N., e Sparrow, J., (2004). *A criança dos 3 aos 6 anos – Desenvolvimento emocional e do comportamento*. 2ª Edição, Editorial Presença, Lisboa.
- Coutinho, L. (2003). *O desafio urbano-regional na construção de um projeto de nação in "Regiões e cidades, cidades nas regiões: o desafio urbano-regional*. Editora UNESP / ANPUR, São Paulo.
- Correia, L. M. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M.; MARTINS, A P. (1999). *Dificuldades de aprendizagem: o que são? Como entendê-las?* Porto Editora; Porto.

- Correia, L.M. e Serrano, A.M., (1998). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce – Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Colec. Educação Especial, Porto Editora, Porto.
- DSM-IV-R, Ed. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Estrela, A. (2008). Teoria e Prática de observação de classes – uma estratégia de formação de professores. 4ª Edição, Porto editora, Lisboa.
- Falardeau, G. (1997). *As crianças hiperactivas*. 1ª Edição, Cetop, Portugal.
- Fidel, R. (1992). *The case study method: a case study*, In: Gazier, Jack D. & Powell, Ronald R. *Qualitative research in information management*. Englewood, CO: Libraries Unlimited
- Fortin, M. (1966). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, Camarate
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Editora McGraw-Hill, Portugal.
- Goldstein, S. e Goldstein, M., (1998). *Hiperactividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Papyrus Editora, São Paulo.
- Hoz, A. (1985). *Investigação Educativa: Dicionário Ciências da Educação*. Ediciones Anaya, S.A., Madrid.
- João L. (2004), *A Hiperactividade*. Editora Quarteto, Coimbra.
- Jones, M. (2004). *Hiperactividade como ajudar o seu filho*. Plexus Editora, São Paulo.
- Marques, P. (2006). “Crianças com défice de atenção”, Revista Certa, Lisboa.
- Merriam, S. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Ministério da educação – DGIDC (2008). “*Educação Especial – Manual de apoio à prática*”, editora Ministério de Educação, Mem Martins

- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula: um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- Pardal, L. e Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal.
- Parker, H. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade – Um guia para pais, educadores e professores*. Porto Editora, Lisboa.
- Phelan, T., (2005). *TDA/TDAH – Transtorno de deficit de atenção e hiperactividade*. 1ª Edição, M. Books do Brasil Editora Ltda, São Paulo.
- Ponte, J. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva
- Rief, S.F. e Heimburge, J.A., (2000). *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva – Estratégias prontas para usar, lições e actividades concedidas para ensinar alunos com necessidades de aprendizagem diversas*. Porto Editora, Porto, Volume I.
- Rohde, L. e Mattos, P., (2003). *Princípios e práticas em transtorno de deficit de atenção/hiperactividade (TDAH)*. Artmed, Porto Alegre.
- Scheweizer, C. e Prekop, J., (2001). *Crianças hiperactivas*. Âmbar, Lisboa.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Silva, C. F., (2000). *Incidentes críticos na sala de aula: Análise comportamental aplicada*. Quarteto Edições, Coimbra.
- Silva, M. (2002). *Orientações curriculares para educação pré-escolar*. 2ª Edição, Editorial do Ministério da Educação, Lisboa.
- Sousa, A. B. (2005), *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte
- TenBrink, T. (1974). *Educational tests and measurements*. McGraw-Hill, New York.

- Yin, R. (1994). Case Study Research: Design and Methods. *Applied Social Research Methods Series*, Sage, USA.
- Vergara, S. (1998) Projectos e relatórios de pesquisa em administração, Atlas, São Paulo.
- Vogt. W. P. (2005) Dictionary of Statistics and Mathodology: a nontechnical guide for the social sciences, 3ª Edição. Thousand daks: Sage Publications

Webgrafia

- British journal of psychiatry, (2007), Hiperactividade, acedido em: 21 de Junho de 2011, em: <http://www.hiperatividade.com.br/>
- Criança hiperactiva, o que fazer, acedido em: 19 de Junho de 2011 em: <http://clinotavora.planetaclix.pt/saude-006.htm>
- Fundamentos coceptuais e teóricos, acedido em: 3 de Julho de 2011 em: <http://www.slideshare.net/lfpedro/metodologias-de-investigao-2248672>
- Hiperactividade, acedido em: 19 de Junho de 2011 em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_do_Deficit_de_Aten%C3%A7%C3%A3o_e_Hipera_tividade
- Hipóteses, acedido em: 8 de Julho de 2011 em: http://www.guanis.org/metodologia/o_problema_e_a_hipotese.pdf
- Pergunta de partida, acedido em 7 Julho de 2011 em: <http://projectosismtt.blogspot.com/>
- Rohde, L., (2005), Transtorno de déficit de atenção e hiperactividade (TDAH), acedido em: 19 de Outubro de 2006 em: <http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=TranstornoDeficitAtencao>
- Situação-problema, acedido em: 8 Julho de 2011 em: <http://www.slideshare.net/mhaefeli/situao-problema-presentation>
- Teixeira, I., (2006), Transtorno do deficit de atenção/hiperactividade (THDA), acedido em: 4 de Julho de 2011 em: http://www.ceca.web.pt/ceca/mm4m&e_hiperactividade.htm
- Tofczewski, A., Deficit de atenção com ou sem hiperactividade em crianças, acedido em: 19 de Junho de 2011 em: http://www.mentalhelp.com/hiperatividade_infantil.htm
- Transtorno do deficit de atenção e hiperactividade, (2001), acedido em: 14 de Maio de 2006, em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?420>

- Ministério da Educação. (2001). *Avaliação e Intervenção na Área das NEE*. DGIDC. (2001),
acedido em: 2 Março de 2012, em:
<http://www.appdae.net/documentos/manuais/avaliacao.pdf>