

MARIA MANUELA DA SILVA DE SOUSA

**INCLUSÃO DE ALUNO COM
HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO:
A PERCEÇÃO DOS PARES**

Orientador: Jorge Serrano

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2012

MARIA MANUELA DA SILVA DE SOUSA

**INCLUSÃO DE ALUNO COM
HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO:
A PERCEÇÃO DOS PARES**

Dissertação apresentada para a obtenção de
Grau de Mestre em Ciências da Educação, no
Curso de Mestrado em Ciências da Educação
na especialidade de Educação Especial –
conferido pela ESE Almeida Garrett

Orientador: Professor Doutor Jorge Serrano

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2012

O espírito esboça, mas é o coração que modela.

Auguste Rodin (1840-1917)

Dedico este meu trabalho a todos quantos tornaram possível a realização do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas a quem quero agradecer por me terem acompanhado ao longo deste percurso, nem sempre fácil, mas repleto de histórias!

Aos meus alunos e aos seus familiares, um muito obrigada por me terem possibilitado a realização deste trabalho.

Às minhas amigas, pois são mais do que colegas de trabalho, quero prestar um reconhecimento grato pela força e incentivo que me deram ao longo deste último ano, para que não parasse. Neste grupo de amigas quero destacar a “minha” São, pois foi um contributo importante ao longo da minha carreira profissional, que se estendeu para a minha vida pessoal.

Ao Professor Doutor Jorge Serrano pela disponibilidade que sempre revelou para me orientar e apoiar nos momentos em que me encontrava mais “desorientada”, um agradecimento muito especial.

Por último mas não menos importante, muito obrigada à minha família que nunca deixou de me proteger, estimular e acarinhar, mesmo quando estive mais ausente e mais “rezingona”. Este agradecimento torna-se mais particular para os meus pais, a minha irmã e o meu namorado, pois foram eles o meu pilar durante este tempo.

Para que não me esqueça de ninguém... obrigada a todos!

RESUMO

Este estudo etnográfico refere-se à “Inclusão de um aluno com Hiperatividade e Défice de Atenção: A Perceção dos Pares”. A abordagem deste tema prende-se com o facto de a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção ser uma problemática cada vez mais notória no dia-a-dia de uma sala de aula.

Este trabalho tem como objetivo aprofundar o conhecimento de uma temática que afeta cada vez mais crianças em contexto escolar, no sentido de as ajudar a ultrapassar e a lidar com este tipo de desordem.

Por outro lado, pretende-se mostrar que, quando há uma boa interação/aceitação entre pares, todos saem beneficiados.

Assim, tentou-se aprofundar mais o conhecimento nesta área e perceber qual a relação que existe entre crianças com esta desordem e os seus pares.

Iniciou-se o trabalho com uma revisão de literatura para fazer uma fundamentação teórica de determinados conceitos, que vão desde as necessidades educativas especiais, à escola inclusiva, passando pela perceção social, pela relação entre pares, até hiperatividade e défice de atenção.

De seguida, passou-se a um estudo empírico, fazendo uma contextualização do trabalho a ser desenvolvido. Após a aplicação de diversos instrumentos de recolha de dados, foi elaborada uma análise da situação, considerando-se que este aluno está inserido numa turma, onde se sente bem integrado.

PALAVRAS-CHAVE

Inclusão, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, perceção entre pares.

ABSTRACT

This ethnographic study refers to the “Inclusion of a pupil with Hyperactivity and Attention Deficit: Peers Perception”. Approaching this subject is considered very important, seeing that Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is nowadays quite a common situation in a classroom’s day-to-day.

The purpose of this study is to deepen the knowledge of a disorder affecting more and more children at school, so as to help them deal with and overcome this problem.

On the other hand, it is also intended to show that all benefit when acceptance and a good interaction between peers is achieved.

Therefore, the need to deepen the knowledge in this area, as well as to understand the relationship between children suffering from this disorder and their peers.

This work began by consulting and checking related literature, in order to ensure a theoretical basis of certain concepts, including special educational needs, integrated school, in addition to social perception, peer relationship, attention deficit and hyperactivity.

An empirical study was the next step, doing a contextualization of the work then to be developed. After applying the gathered data, an analysis of the situation was prepared, considering that the pupil is in a class, in which he feels well integrated.

KEYWORDS

Inclusion, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, peer perception.

ABREVIATURAS/SIGLAS

APA – Associação Americana de Psiquiatria

DDA – Desordem por Défice de Atenção

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EE – Educação Especial

HDA – Hiperatividade e Défice de Atenção

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PDA – Perturbação de Défice de Atenção

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PHDA-M – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto

PHDA-D – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento

PHDA-HIM – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo

Índice

Agradecimentos.....	2
Resumo	3
Palavras-chave	3
Abstract	4
Keywords.....	4
Abreviaturas/Siglas.....	5
Introdução.....	8
Parte I.....	10
Fundamentos conceituais e teóricos.....	10
1 – Necessidades Educativas Especiais e Educação Inclusiva.....	11
1.1 – Evolução até à Perspetiva Inclusiva.....	11
1.2 – Escola Inclusiva	13
2 – Percepção Social.....	15
2.1 – Círculo de Amigos.....	18
2.2 – Relações entre Pares.....	19
3 – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).....	22
3.1 – Perspetiva Histórica	22
3.2 – Perspetiva Atual.....	24
3.3 – Etiologia da PHDA	27
3.4 – Prevalência da PHDA	28
3.5 – Avaliação da PHDA.....	28
3.6 – Intervenção na PHDA	30
3.6.1 – Terapêutica Farmacológica	31
3.6.2 – Terapêutica Não Farmacológica	32
3.7 – A PHDA e a Escola	33
3.7.1 – As Dificuldades de Aprendizagem das Crianças com PHDA	33
3.7.2 – Estratégias a Adotar no Sentido de Promover o Sucesso.....	35
Escolar dos Alunos.....	35
Parte II.....	43
Enquadramento Empírico	43
1 – Metodologia	44

1.1 – Estudo Etnográfico.....	44
1.2 – Questão de partida.....	45
1.3 – Sub-questões.....	45
1.4 – Objetivo Geral	45
1.5 – Objetivos Específicos.....	46
2 – Recolha de Dados	46
2.1 – Caraterização e Contextualização.....	47
2.1.1 – Caraterização do Meio.....	47
2.1.2 – Caraterização da Escola.....	48
2.1.3 – Caraterização da Turma	49
2.1.4 – Caraterização do Aluno	49
2.2 – Análise documental.....	50
2.3 – Entrevista.....	51
2.4 – Questionário.....	51
2.5 – Análise dos Dados Recolhidos.....	52
2.5.1 – Dados de opinião da professora de educação especial	53
2.5.2 – Dados de opinião dos pares	54
2.6 Síntese reflexiva dos resultados.....	62
2.6.1 – Comportamento do Aluno na Sala de Aula e Recreio	62
2.6.2 – Relação do Professor com o Aluno.....	63
2.6.3 – Interação do Aluno e os seus Pares no Recreio e na sala de aula	63
2.6.4 – Dificuldades no processo de inclusão académica e social do aluno	63
2.6.5 – Descrição dos Pares Relativamente ao Rendimento Académico do seu Colega com PHDA.....	63
2.6.6 – O que Pensa o Aluno sobre o seu Próprio Processo de Aprendizagem e Interação.....	64
2.6.7 – O que Pensam os Pares sobre o Processo de Inclusão do seu Colega com PHDA.....	64
Conclusão.....	65
Linhas emergentes de pesquisa	67
Fontes de Consulta.....	68
Bibliográficas	68
Webgráficas.....	71
Legislativas	72
Apêndices.....	i
Anexos	xi

INTRODUÇÃO

Tendo em consideração que a educação é o meio mais promissor para qualquer indivíduo alcançar um futuro consistente e prometedor, considera-se que à escola - e, com ela, aos professores - é atribuído um papel fundamental na construção do saber, que ajudará os alunos a encontrarem o rumo certo, quer em termos pedagógicos, quer em termos sociais.

Contudo, cada vez se torna mais difícil responder a todas as exigências que a sociedade impõe, na medida em que, de dia para dia, vão surgindo novos desafios.

Com este trabalho, inserido na dissertação a ser apresentada para a obtenção de Grau de Mestre em Ciências da Educação, no Curso de Mestrado em Ciências da Educação na especialidade de Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor, conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett pretende-se acompanhar um desses enormes desafios - a perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Como responder a tal desafio, quando não se tem conhecimento suficiente para tal? Como acompanhar os alunos, sem se saber como atuar? Sem os compreender? Como se relacionam os alunos entre si numa sala de aula? Como se percebem uns aos outros?

Por estes motivos, considerou-se pertinente um estudo sobre a temática, com vista a um aumento do conhecimento da mesma, para assim se poder contribuir, de alguma forma, para o bem-estar destes alunos.

Segundo Sosin (2010), a Desordem por Défice de Atenção consiste principalmente na dificuldade em manter a atenção e a concentração. Contudo, Kutscher (2011) considera que as crianças que apresentam estes sintomas, apenas o fazem quando têm de prestar a atenção para alguma coisa menos atraente. Caso a atividade que estejam a realizar seja cativante, conseguem ficar “fixados” de tal modo, que esquecem o que os rodeia - a título de exemplo, isso sucede com os seus jogos de vídeo.

Este estudo mais não é que uma tentativa de alargar o conhecimento para se poder enfrentar esta realidade, das dificuldades em manter a concentração. Por outro lado, há que ter em conta o quão importante é a construção da autoestima dos alunos portadores desta desordem, tendo sempre em vista que se está a contribuir para o crescimento dos cidadãos de amanhã.

Este trabalho terá por base uma questão de partida, com base nesta desenvolver-se-ão as sub-questões de investigação. Com vista a compreender toda esta temática, será elaborado um objetivo geral, bem como objetivos específicos.

O trabalho teve início com uma revisão da bibliografia em volta da temática das Necessidades Educativas Especiais, da Inclusão, da Perceção Social, da Relação entre

Pares e da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Tentou-se que fossem abordados os diversos conceitos, das diferentes perspetivas etiológicas, diagnóstico e várias características desta perturbação.

Posteriormente, foi feita referência à metodologia utilizada neste trabalho, procedendo-se a um esclarecimento de conceitos, definição de objetivos, descrição dos instrumentos de recolha de dados utilizados, designadamente a análise documental, a entrevista e o questionário realizado aos colegas da turma. A análise documental permitiu aumentar o conhecimento do aluno que foi o “motor de arranque” deste estudo. Com a entrevista à professora de Educação Especial, percebeu-se melhor a dinâmica do trabalho a ser desenvolvido com o aluno. Seguiu-se a apresentação, descrição e análise dos dados recolhidos nos questionários aos colegas da turma, que serviram de ponto de partida para melhor conhecer este grupo de alunos e quais as suas ideias relativamente ao Défice de Atenção.

De seguida, apresentam-se a conclusão e as reflexões finais, através das quais se pretende verificar se os objetivos inicialmente delineados foram ou não atingidos, tendo, porém, noção de que muito mais haverá a acrescentar.

Por último, apresentam-se as referências bibliográficas que serviram de suporte ao trabalho realizado, assim como os anexos e os apêndices com informações consideradas pertinentes para a compreensão do tema desenvolvido.

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

PARTE I

FUNDAMENTOS CONCEPTUAIS E TEÓRICOS

1 – NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS E EDUCAÇÃO INCLUSIVA

1.1 – EVOLUÇÃO ATÉ À PERSPETIVA INCLUSIVA

Neste ponto, será feita uma pequena abordagem da evolução do conceito de Necessidades Educativas Especiais e de Escola Inclusiva. Embora este tema não se resume apenas ao que aqui é mencionado, fica uma ligeira referência à evolução deste conceito, atualmente tão falado.

O princípio de que somos “todos iguais” esconde, por vezes, preconceitos e atitudes de não-aceitação e, até certo ponto, acaba por ser uma tentativa perfeita de ocultar rótulos e estereótipos. O conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE) começou a ser utilizado e difundido em 1978 com o famoso *Warnock Report*.

A partir da década de 80 surge em Portugal o princípio da “escola para todos”, estando previstas várias adaptações no processo de ensino/aprendizagem para crianças e jovens com NEE. A Lei de Bases do Sistema Educativo nº 46/86 veio colocar a tónica nos objetivos do ensino especial, valorizando-se essencialmente as potencialidades físicas, intelectuais e comunicativas, bem como a inserção da criança a nível escolar e social.

O Decreto-Lei nº 319/91 foi igualmente um marco importante no apoio a alunos com NEE e nele deu-se maior importância ao papel da Escola, perante a identificação destas crianças e, posteriormente, a resposta adequada às diferentes necessidades das mesmas.

De todas as conferências realizadas até então sobre o assunto, cabe destacar a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, de 1994, em Salamanca, por ser a que, de maneira mais decisiva, contribuiu para impulsionar a Educação Inclusiva em todo o mundo. Nesta Conferência reconheceu-se a necessidade e urgência de que o ensino chegasse a todas as crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais no âmbito da escola regular.

A Declaração de Salamanca (1994) é uma resolução das Nações Unidas adotada em Assembleia Geral e apresenta os *Procedimentos-Padrões das Nações Unidas para garantir a Igualdade de Oportunidades para Pessoas Portadoras de Deficiência*. No referido documento afirma-se que a escola deve estar preparada para receber todas as crianças, podendo ler-se que:

“...terão de incluir-se crianças com deficiência ou sobredotados, crianças da rua ou crianças que trabalham, crianças de populações remotas ou nómadas, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais. Estas condições colocam uma série de diferentes desafios aos sistemas escolares. No contexto deste Enquadramento da Acção, a

expressão “necessidades educativas especiais” refere-se a todas as crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares. Muitas crianças apresentam dificuldades escolares e, consequentemente, têm necessidades educativas especiais, em determinado momento da sua escolaridade.” (Declaração de Salamanca, 1994, p. 6)

Ainda na referida Declaração, no ponto 4 fala-se de:

“uma pedagogia saudável da qual todas as crianças podem beneficiar, assumindo que as diferenças humanas são normais e que a aprendizagem deve ser adaptada às necessidades da criança, em vez de ser esta a ter de se adaptar a concepções pré-determinadas, relativamente ao ritmo e à natureza do processo educativo.” (Declaração de Salamanca, 1994, p. 7)

Refere-se ainda que “a pedagogia inclusiva é a melhor forma de promover a solidariedade entre os alunos com NEE e os seus colegas.” (Declaração de Salamanca, 1994, p. 12)

O mesmo documento indica que a “preparação adequada de todo o pessoal educativo constitui o fator chave na promoção das escolas inclusivas.” (Declaração de Salamanca, 1994, p. 27)

A Declaração de Salamanca é considerada mundialmente um dos mais importantes documentos que visam a inclusão social, paralelamente com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1988) e a Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990).

Atualmente, o Decreto-Lei nº 319/91 (anteriormente mencionado), foi revogado, sendo substituído pelo Decreto-Lei nº 3/2008. Algumas críticas menos positivas têm sido feitas a este último, nomeadamente o facto de nele se excluírem a maioria dos alunos com NEE permanentes e específicas (por exemplo: dislexia, disgrafia, disortografia, discalculia, dispraxia) e alunos com problemas intelectuais, graves perturbações emocionais e comportamentais, problemas específicos de linguagem e com desordem por défice de atenção/hiperatividade.

Nos últimos anos, têm sido vários os debates em torno da problemática associada às NEE, o que, de certo modo, revela uma preocupação crescente em fazer com que a educação destas crianças nunca deixe de ser “especial”.

Outro documento também relevante é a Declaração Mundial de Educação para Todos, surgida após a Conferência de Jomtien na Tailândia em 1990, Plano de Ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem, promovida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Banco Mundial. O objetivo era traçar ações concretas para mudar, até 2000, a situação do analfabetismo, incluindo a situação das pessoas com necessidades educacionais especiais. (Rosseto, 2006).

1.2 – ESCOLA INCLUSIVA

Neste ponto será feita uma breve reflexão sobre a inclusão dos alunos com necessidades educativas especiais (NEE) nas turmas regulares, procurando-se ressaltar pontos de vista de alguns autores e refletir sobre a realidade da escola de hoje em dia.

A escola inclusiva deve encontrar formas de educar com sucesso todos os alunos, desenvolvendo uma pedagogia saudável centrada na criança, isto é, deve ser a escola a adaptar-se às características e necessidades da criança e não o contrário: “Já não é necessário que o aluno se adapte à escola, agora é a escola que tem de adaptar-se ao aluno” (Tumbull & Tumbull, 1986, citado por Correia, 1997).

Este novo conceito de escola, passa por um assumir de diferenças humanas como normais, ou seja, por uma mudança de atitudes que levam à criação de uma sociedade mais humana e dignificante.

Para Verba e Musatti, (1989) a interação entre pares, em conjunto com a interação com os objetivos, representam dois polos dum sistema unitário, que permitem à criança adquirir e consolidar diferentes formas de conhecimento. As crianças com NEE, ao observarem os seus pares e ao tentarem imitar o que eles fazem, estão a potencializar as suas capacidades, quer cognitivas quer de socialização, ultrapassando, por vezes, dificuldades que sentiam até aí e reproduzindo modelos observados e integrando-os, como pertença, nas suas competências.

Correia (2008) considera que o aluno com NEE beneficia com a companhia dos seus pares sem NEE, pois terá um melhor ambiente de aprendizagem, permitindo-lhe aumentar também a sua socialização, e assim ampliar o seu potencial. O mesmo autor também defende que a inclusão também trará vantagens para os alunos sem NEE, pois ao lidar com crianças com características especiais, percebem que todos somos diferentes e que por conseguinte, as diferenças de cada um devem ser respeitadas e aceites. Assim, todos ganham com a inclusão, pois aprendem desde cedo que cada pessoa tem os seus atributos específicos, tendo sempre algo de valor a dar aos outros.

A escola inclusiva é, desse modo, “uma escola onde toda a criança é respeitada e encorajada a aprender até ao limite das suas capacidades”. (Correia, 2008, p. 7)

As vivências, no contexto físico e interacional da escola/sala de aula, são as que permitem à criança inventar e reinventar a alegria de estar e construir algo em conjunto, exercitar a sua capacidade de aceitação e de troca, pôr em prática as suas apetências e competências comunicativas, experimentar sentimentos de segurança e reconhecimento, experimentar e experimentar-se continuamente, em resumo, permitindo-lhe crescer enquanto ser multidimensional. (Verba & Musattti, 1989)

Na perspectiva de Lopes(1996) hoje é relativamente tranquila a percepção de que as vivências das crianças com o grupo de pares fomentam, ampliam, desiludem ou distorcem (de acordo com os casos e com as experiências) o desenvolvimento e o adaptação inter e intrapessoal. A habilidade de começar e conservar relações interpessoais salutarees é vista não só como uma manifestação de competências, mas também como fator protetor do progresso bem adquirido. (Lopes, 1996).

Assim, acreditamos que as escolas regulares, se tiverem por base um caminho inclusivo, estabelecem os meios mais seguros para trabalhar e moldar as atitudes discriminatórias, desenvolvendo grupos mais abertos e solidários, contribuindo assim para uma sociedade inclusiva e possibilitando alcançar a educação para todos. (Correia, 1999).

Pode dizer-se que o objetivo fundamental da Educação Especial para qualquer portador de diferença é torná-lo o mais apto possível, diminuindo as desigualdades entre este e as crianças “ditas normais”, procurando encontrar os seus interesses e aptidões para que ele tenha a preparação necessária para a sua inserção no mundo do trabalho.

Um dos deveres do professor é investir na sua formação contínua e atualização de conhecimentos para uma boa prática pedagógica. Neste sentido:

“a formação dos professores e o seu desenvolvimento profissional são condições necessárias para que se produzam práticas integrativas positivas na escola. É muito difícil avançar para uma perspectiva de escola inclusiva sem que todos os professores, e não só os professores especializados em educação especial, desenvolvam uma competência suficiente para ensinar todos os alunos. Acresce que a formação mantém uma relação estreita com as atitudes perante a diversidade dos alunos.” (Marchesi, 2001, p.94).

Aos professores é atribuída a responsabilidade de integrar e especialmente incluir indivíduos que, por características físicas, psicológicas ou mentais, eram antes excluídos do ensino regular. No entanto, aos educadores e professores pouco foi explicado quanto ao percurso que deveriam estabelecer para que o sucesso destes discentes fosse possível. Na sua prática pedagógica, os mais conscientes tentam responder às necessidades de todos os seus alunos, para que as escolas se tornem realmente inclusivas. Porém, muitas barreiras se lhes colocam e, por isso, todos entendem ser necessária uma reestruturação bastante acentuada para que este objetivo se consiga alcançar. Se muitos componentes educacionais têm de mudar, também as representações sociais dos professores das turmas regulares deverão evoluir, no sentido de eliminar barreiras para o estabelecimento de uma escola verdadeiramente inclusiva.

É da máxima importância que os professores estejam conscientes de que muita coisa pode e deve ser melhorada no terreno. A maioria dos cursos de formação de base dos professores, as cadeiras que abordam a educação especial são poucas ou inexistentes, levando a que nem sempre os docentes estejam informados sobre as problemáticas destes

alunos e preparados para lidar com eles da melhor forma. Daí a necessidade de ser efetuada uma atualização permanente, com vista a superar lacunas que vão surgindo na prática docente.

Correia (2008) defende que a filosofia da inclusão só traz vantagens para todos os intervenientes no processo educativo.

No que respeita aos alunos permite-lhes “desenvolver atitudes positivas perante a diversidade”, “tornando-se mais sensíveis, compreensivos e respeitadores, aprendendo a crescer e a conviver com a diferença” (Correia, 2008, p. 24) preparando-os para a vida em comunidade.

Relativamente aos professores, o mesmo autor defende que, estes beneficiam com a partilha e troca de saberes, que se proporcionam com o diálogo, que se gera entre professores do ensino regular e os professores de educação especial. Deste diálogo poderá surgir novas estratégias a implementar nas práticas educativas diárias. Por outro lado, o trabalhar em conjunto com outros profissionais poderá ajudar a quebrar o isolamento em que por vezes os docentes vivem. Os professores que investem na escola inclusiva, colaboram e aprendem novas técnicas uns com os outros, demonstrando vontade de mudar e de encontrar novas estratégias para trabalhar com os alunos com NEE, mas que acabam por beneficiar todos os outros.

Para finalizar fica parte da definição de escola inclusiva do Centro de Estudos em Educação Inclusiva (CSIE, s/d) citada por Ainscow e Ferreira, in Rodrigues (2003):

“crianças - com e sem deficiências ou dificuldades – aprendendo juntas no sistema regular de ensino, inclusivé pré-escola, escolas regulares e universidade, com uma rede de apoio apropriada para responder às suas necessidades.”
(Rodrigues, 2003, p. 107)

2 – PERCEÇÃO SOCIAL

Neste âmbito, importa começar por perceber o que se entende por percepção. De acordo com o dicionário de Língua Portuguesa da Texto Editora, percepção deriva do latim (*perceptione*), e designa “ato ou efeito de perceber; combinação dos sentidos no reconhecimento de um objeto; receção de um estímulo; faculdade de conhecer independentemente dos sentidos; sensação; intuição; ato ou operação da inteligência; representação intelectual; ideia; imagem; recebimento; receita; arrecadação”.

Segundo Silva “o ser humano, ao nascer, possui possibilidades de percepção definidas pelas características do sistema sensorial humano. Ou seja, são características

biológicas”. Ainda segundo o mesmo autor, “a nossa relação percetual com o mundo não acontece através de elementos físicos isolados, mas através de eventos, objetos e situações trazidos pela linguagem e pela cultura.” (Silva, 2007; p.59 e 60)

Ou seja, o processo de percepção abrange outras funções para além das sensoriais.

De acordo com a Infopédia, percepção é o processo pelo qual um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais no sentido de atribuir significado ao seu meio. O comportamento das pessoas tem por base a interpretação que se faz da realidade e não da realidade em si. Por essa razão, considera-se que a percepção é diferente de pessoa para pessoa, “cada pessoa percebe um objeto ou uma situação de acordo com os aspetos que têm especial importância para si própria.”

De acordo com a mesma fonte, “o processo de percepção tem início com a atenção que não é mais do que um processo de observação seletiva, ou seja, das observações por nós efetuadas.”

De acordo com a Enciclopédia Verbo-Luso Brasileira de Cultura (1998) e com o Dicionário de Psicologia Prática (1980) pode considerar-se que existem vários fatores que influenciam a percepção/atenção, os quais estão agrupados em duas categorias: a dos fatores externos, próprios do meio ambiente, e a dos fatores internos, próprios do organismo. Entre os fatores externos, incluem-se: a intensidade, pois a atenção é particularmente despertada por estímulos que se apresentam com grande intensidade e é por essa razão que as sirenes das ambulâncias possuem um som insistente e alto; o contraste, a atenção será muito mais despertada quanto mais contraste existir entre as estimulações, tal como acontece com os sinais de trânsito pintados em cores vivas e contrastantes; o movimento, que constitui um elemento principal no despertar da atenção, por exemplo, as crianças e os gatos reagem mais facilmente a brinquedos que se movem, do que aos que estão parados; a incongruência, ou seja, presta-se muito mais atenção às coisas absurdas e bizarras do que ao que é “normal” ou lógico num determinado contexto, por exemplo, na praia num dia de verão chama mais atenção sobre si uma pessoa que apanhe sol usando um cachecol, do que outra usando um fato de banho normal.

Os fatores internos que mais influenciam a atenção são a motivação (presta-se mais atenção a tudo o que motiva e dá prazer do que às coisas que não interessam) a experiência anterior ou, por outras palavras, a força do hábito faz com que se dê mais atenção ao que já se conhece e/ou entende e o fenómeno social, que explica que a natureza social faz com que pessoas de contextos sociais diferentes não prestem igual atenção aos mesmos objetos (por exemplo, os livros e os filmes a que se dá mais importância em Portugal não despertam a mesma atenção no Japão).

“A percepção social é o fenómeno que se relaciona com uma leitura que se tem do outro em interação.” (Bastos, 2008, p.26). O mesmo autor refere que a percepção de pessoas é um sinónimo de percepção social e difere da percepção das coisas. Pode-se viver sem perceber as coisas do mundo, mas é impossível interagir com os outros sem que entre em ação a percepção social.

Tendo por base o autor atrás referido, para que a percepção ocorra é necessário que exista uma interação dos interesses individuais, os quais estão agregados com os estereótipos, os preconceitos, os valores e outros esquemas sociais de cada pessoa. Quando se conhece uma pessoa pela primeira vez, tem-se tendência a fazer um juízo apressado a respeito dessa pessoa. Muitas das vezes, esta ideia inicial, do outro, está errada, e isto decorre do facto de haver pouca informação com apenas um primeiro contacto.

Krech (1975) e Pisani (1994), citados por Bastos (2008), defendem que quando a pessoa é deixada levar pelas primeiras impressões, fica com uma ideia errada do outro. Bastos afirma que “temos uma leitura redutora ditada pela aparência física fora dos padrões vigentes, da roupa que diverge do nosso vestuário, do tom de voz, etc.” (Bastos, 2008, p.28).

O autor atrás referido, considera que quando os sentimentos e/ou os afetos que se nutre pelo outro são positivos, ter-se-á tendência a perceber o outro de forma agradável, refletindo-se nas atitudes que se tem para com o outro, sendo também elas agradáveis e positivas. O inverso também ocorre, se os sentimentos que se tem pelo outro são negativos, a percepção que se tem também o será, refletindo-se em atitudes menos corretas, podendo ser, por vezes, desagradáveis.

Selikowitz (2010, p. 99) considera que muito do que as crianças aprendem “sobre comportamentos socialmente adequados não lhes é formalmente ensinado; vão percebendo à medida que vão crescendo.”

O mesmo autor defende que a percepção social tem por base as interações sociais e consiste na formação de impressões acerca dos outros. O modo como percebemos as situações sociais e o comportamento dos outros orienta o comportamento da própria pessoa. A percepção social está muito relacionada com os grupos sociais, com o contexto social em que a pessoa está inserida.

A predisposição percetiva é precisamente o efeito que a sociedade tem na percepção de cada pessoa. Quando se olha para algo, olha-se com os “olhos” da nossa sociedade. Existe uma ligação fundamental entre o conhecimento prévio, as necessidades, motivações e expectativas de como o mundo é constituído e a forma como é apreendido.

2.1 – CÍRCULO DE AMIGOS

Desde que nasce, o Homem está imerso no mundo social, com o qual interage de diferentes maneiras e à medida que este se desenvolve, inicia-se o seu círculo de amizades. As relações sociais que estabelece no decorrer de seu processo evolutivo são inerentes e essenciais à vida humana.

Geralmente, não se pensa muito nas relações que vão sendo desenvolvidas com os outros e muito menos se considera que as relações de amizade dependem de uma construção permanente. É por meio de sentimentos tão difíceis de serem demonstrados que a pessoa se torna humana, capaz de estabelecer relações com outras pessoas e que se sente “viva”. Para que o indivíduo consiga ter um relacionamento, é necessário que ele se desprenda dos seus próprios sentimentos, das suas opiniões e venha a perceber os sentimentos e as opiniões dos outros.

Pinto (2009, p.107) considera que “a amizade não tem apenas uma definição de operacionalizar, considerando que as amizades são relações a dois e são relações recíprocas muito frágeis”. Quando solicitadas a dar definições sobre a noção de amizade, as crianças apresentam características comuns: revelam dificuldade em definir esse conceito, não percebem as relações como sendo independentes do lugar em que acontecem.

Observar de que forma as crianças definem amizade e quais os critérios utilizados para fazer esta definição, implica a análise em três categorias: a criança identifica o amigo como aquele que respeita as regras estabelecidas pelo grupo (relativas às regras), a criança define como amigas as crianças com as quais tem contato frequente para realizar atividades momentâneas (proximidade física), para a criança o amigo é aquele com quem se deve ter atitudes positivas ou por quem se deve fazer algo, no sentido de prestar ajuda (cooperação).

Bicca (2003) refere que, os profissionais da educação deparam-se com problemas que não podem resolver. Entretanto, sendo este um profissional que atua diretamente com a criança, deve saber reconhecer a sua responsabilidade e conhecer as etapas do desenvolvimento infantil, para melhor criar situações que conduzam à reflexão e à solução de problemas cognitivos, morais ou sociais.

Na maioria das vezes, a educação atual limita o relacionamento entre as crianças e, conseqüentemente, a sua capacidade de se desenvolver afetiva e socialmente de forma plena.

Para Lambert (2002) visando a alteração dessa prática, os professores devem convergir os assuntos referentes ao conhecimento social e à afetividade, elaborando atividades que deem importância às relações sociais e à expressão dos sentimentos.

Alguns docentes dão respostas prontas aos alunos, quando estes estão em situação de conflito com os amigos. Se o docente age dessa forma, é porque acredita que a educação não passa de um processo de transmissão de crenças, valores e costumes. Portanto, os docentes devem deixar que os alunos encontrem as suas próprias respostas, o que lhes permitirá serem eles a resolver os conflitos. Para tal, deve ser proporcionado um ambiente escolar livre de pressões, de atitudes de recompensa ou castigo, oferecendo à criança a oportunidade de interações sociais positivas, de interação com os amigos e da superação do egocentrismo.

Segundo Belloni e Undurraga (2006), é a escola que coloca em interação um conjunto de indivíduos, os quais desenvolvem entre si um conjunto de ideias dos outros, de si mesmos e das relações que mantêm entre si. Nesse sentido, estas representações serão a fonte de informação que regulam e permitem planificar o comportamento interativo.

2.2 – RELAÇÕES ENTRE PARES

De acordo com a Enciclopédia Sobre o Desenvolvimento da Criança, as relações entre pares, na primeira infância, são essenciais para a adaptação psicossocial presente e futura. Vividas em atividades em grupo ou em amizades unipessoais, as relações desempenham um papel importante no desenvolvimento das crianças, ajudando-as a adquirir novas habilidades sociais e a familiarizar-se com as normas e processos sociais envolvidos nas relações interpessoais. Até aos quatro anos, ou mais tardar, a maioria das crianças é capaz de ter um melhor amigo e de conhecer os parceiros de quem gosta ou com quem não simpatiza.

No entanto, algumas crianças têm dificuldade nas relações com pares, sendo, por isso, frequentemente rejeitadas e/ou hostilizadas. Problemas precoces com pares podem vir a ter um impacto negativo no desenvolvimento social e emocional no futuro da criança. Contudo, intervenções em relação a essas dificuldades parecem ser particularmente importantes, para a melhoria das relações interpessoais, quando são realizadas mais cedo na vida.

De acordo com Lopes et al. (2011), o grupo de pares estabelece o argumento para uma aprendizagem básica e, em simultâneo, de apoio aos desafios de crescimento psicológico e social com que as crianças se deparam. Os mesmos autores afirmam que os pares são “agentes importantes no processo de socialização ao longo de todo o

desenvolvimento humano, tendo igualmente um impacto substancial nos interesses académicos e no desenvolvimento social de muitos alunos.”

Ainda Lopes *et al.* consideram que as interações com o grupo de pares fornecem um contributo para a socialização das crianças de três formas distintas, nomeadamente:

São a motivação que serve de base e apoia a criança na sua participação no meio que a rodeia;

Promovem a probabilidade de as crianças serem confrontadas com novas situações que irão contribuir para a sua socialização;

Podem assumir-se como contextos seguros no processo de ensino aprendizagem, permitindo a interiorização de normas sociais.

Boivin (2011) defende que há uma série de habilidades emocionais, cognitivas e comportamentais que se desenvolvem nos primeiros anos de vida e que ajudam a promover relações positivas entre pares. Entre elas, lidar com a atenção conjunta, regular emoções, inibir impulsos, imitar as ações de outra criança, compreender relações causa-efeito e desenvolver habilidades de linguagem. Alguns fatores externos, tais como as relações das crianças com os membros da família e a sua bagagem cultural ou socioeconómica, e fatores individuais, como incapacidades físicas, intelectuais de desenvolvimento ou comportamentais, também podem influenciar as experiências da criança com os seus pares.

Odom (2011) declara que as principais dificuldades nas relações entre pares surgem nas crianças com deficiências, (frequentemente, logo à partida, já prejudicadas quanto a uma ou mais das habilidades mencionadas acima), as quais tendem a ter um desempenho social menos satisfatório do que os seus pares, que apresentam geralmente um desenvolvimento dito “normal”. Especialmente as crianças que têm habilidades limitadas ou nulas de comunicação, habilidades sociais e/ou habilidades motoras limitadas, tendem a apresentar comportamentos inadequados e a interagir menos com os seus pares sendo, em consequência disso, menos aceites por eles.

O mesmo autor afirma que mesmo em crianças com deficiências, um dos principais fatores associados a dificuldades nas relações com pares é o comportamento. Crianças agressivas, hiperativas ou retraídas sofrem frequentemente mais de rejeição dos parceiros.

A curto e médio prazo, relações problemáticas entre pares estão associadas com insucesso escolar e baixo desempenho académico. Entre outras coisas, a rejeição e os conflitos entre pares podem reprimir a motivação das crianças para as atividades de sala de aula. Crianças que têm amigos na sala de aula e que são aceites pelos seus pares têm, em geral, mais motivação para participar.

De acordo com Odom (2007), para promover experiências positivas entre pares, especificamente para crianças com deficiências, a escolha educacional deveria recair sobre projetos de inclusão num grupo de crianças bem adaptadas. De facto, crianças com deficiências necessitam frequentemente de intervenções sistemáticas e planeadas individualmente, ou estratégias para a promoção de competências sociais relativas aos pares, e um aspeto que determina o sucesso dessas intervenções é o acesso a um grupo socialmente competente.

Segundo Dávila e Jiménez(s/d), a formação de crianças com necessidades especiais, estando estas integradas numa sala de aula regular, dá-lhes mais oportunidades de interação com os seus colegas ditos “normais”, contribuindo assim para uma maior aceitação de parte a parte. Os mesmos autores defendem que, em consequência de partilharem diversos momentos com os seus pares, a reprodução de comportamentos mais apropriados para o grupo etário de referência será facilitada.

É evidente que a coexistência física de grupos de crianças com características diferentes, não é o suficiente para uma convivência social mais rica e mais favorável. No entanto, para que se possa dar uma resposta mais efetiva a uma educação que, cada vez mais, é extremamente diversificada, reveste-se de especial importância esta troca de experiências entre pares no contexto escolar.

Segundo Selikowitz, (2010, p. 99) importa perceber que “as crianças com PHDA sentem dificuldades sociais devido a algumas características da perturbação que as afeta, como é o caso de excesso de atividade, impulsividade e baixa autoestima.”

Sosin, D. e Sosin, M. (2010, p.77) também defendem que existem certas características DDA que “acarretam responsabilidades sociais”. Os mesmos autores afirmam que uma grande parte dos jovens com DDA tem “muitos problemas sociais, nomeadamente na área das relações com os colegas.” Consideram que a dispersão da atenção da criança pode dificultar a sua concentração naquilo que é realmente importante, no que respeita à interação social. Por outro lado, devido à sua impulsividade, estas crianças podem expressar as suas opiniões e pensamentos no meio de uma conversa, cujo tema não está diretamente relacionado com o que acabaram de dizer, fazendo observações despropositas e fora de contexto. Outras vezes, estando contextualizadas, interrompem para emitir as suas ideias, não sendo capazes de esperar a sua vez de falar.

Para Dunstan e Nieuwooudt (2001) citados por Emídio et al. (2008, p.493) existe uma interligação entre a aceitação dos pares e o autoconceito social, considerando “ainda que a consciência das crianças relativamente à aceitação dos pares medeia o relacionamento entre estatuto social e comportamento social.” Assim sendo, crianças que são bem aceites pelo seu grupo de pares revelam melhores capacidades em perceber as

suas relações sociais. Acrescentam ainda que a atitude geral em relação a si próprio, ou seja a autoestima, é um fator importante para que a percepção social seja positiva.

Os autores, atrás referidos, afirmam que “crianças que se percebem como aceites pelos pares, tendem a ser, concomitantemente mais aceites no grupo de pares, bem como o inverso.” (Emídio et al., 2008, p.493)

Na perspetiva de Selikowitz (2010), as crianças com DDA sentem dificuldade em se comportar de uma forma socialmente adequada para a sua idade. Quem mais tem noção desta situação são os pares, que concomitantemente se afastam, por vezes sendo mesmo muito agressivos e incorretos. Por norma, as crianças com DDA são muito conhecidas na escola, principalmente pelo seu comportamento menos adequado, embora não tenham grandes amizades.

Odom (2007; p.59) afirma que:

As crianças que foram socialmente aceites tinham competências sociais eficazes, amigos chegados, conseguiam comunicar as suas ideias aos outros, eram carinhosas com os outros, participavam em brincadeiras de faz-de-conta, entendiam as regras da sala, estavam interessadas em interagir com os seus colegas e pareciam compreender as ações dos outros.

Assim, há uma aceitação social quando os pares, de um modo geral, consideram a criança como alguém com quem gostam de estar, de brincar, de trabalhar. Existindo uma interação positiva entre os pares, a aceitação torna-se eficaz, permitindo um bom desenvolvimento, quer social, quer pedagógico, do aluno com DDA.

3 – PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

3.1 – PERSPETIVA HISTÓRICA

A PHDA não é uma doença dos tempos modernos e na sua história já foi conhecida por mais de 25 designações (Fernandes, 2001). As primeiras referências a indivíduos com problemas de desatenção, hiperatividade e impulsividade datam da Renascença, quando Shakespeare fez menção ao “défice de atenção” numa das suas personagens em Henrique VIII (Moreira, 2009).

De acordo com Cordinhã e Boavida (2008) já em 1902, George Still descreveu um conjunto de crianças que demonstravam um comportamento agressivo, uma excessiva

atividade motora e dificuldades em dominar os impulsos. Still referiu que estes comportamentos tinham uma causa orgânica e identificou características físicas comuns às crianças hiperativas: cabeça demasiado grande, malformações no palato e vulnerabilidade às infeções.

Os mesmos autores referem ainda que em 1947, Strauss e Lehtinen apresentaram a primeira descrição clínica e criaram o conceito de “Lesão Cerebral Mínima” que persistiu até à década de 1960. Este relacionava os problemas de comportamento com lesões funcionais no sistema nervoso central. Contudo, as lesões cerebrais referidas nunca foram comprovadas, pelo que se passou a utilizar o conceito “Disfunção Cerebral Mínima”, ou seja, considerava-se que os mecanismos cerebrais, apesar de estarem estruturalmente preservados, demonstravam défices funcionais. Nos anos 60, Chess referiu o excesso de atividade como um sintoma central da doença, evidenciou a importância de construção de instrumentos objetivos de avaliação, suprimiu aos pais a culpa pelos problemas dos filhos e separou os conceitos de “Síndrome de Hiperatividade” e “Síndrome de Lesão Cerebral”.

A mesma fonte refere que em 1968, o comité de peritos da *Associação Americana de Psiquiatria* (APA, 2002) cria no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II), uma categoria diagnóstica denominada de “Distúrbio Hipercinético na Infância”. Em 1976, Gabriel Weiss realizou um estudo onde verificou que apesar da hiperatividade diminuir na adolescência, o défice de atenção e os problemas de impulsividade se mantinham na vida adulta. Assim, os níveis de atividade exagerados deixam de ser um aspeto essencial do distúrbio, passando o défice de atenção e a impulsividade a características fundamentais.

Lopes (2009), citando Lopes (2004) refere que dos anos 70 até aos anos 80, muitas pesquisas foram realizadas sobre as características da PHDA, pelo que esta se tornou um dos maiores alvos dos estudos psiquiátricos na infância. Tendo em consideração as investigações efetuadas, a APA (Associação Americana de Psiquiatria), apresenta em 1980 novos critérios de diagnóstico (DSM-III) e cria subtipos de “Perturbação de Déficit de Atenção” (PDA): PDA com Hiperactividade; PDA sem Hiperactividade e PDA residual (subtipo com contornos pouco definidos).

Em 1994, o DSM-IV vem mostrar a importância do despiste realizado em ambientes estruturados, como a sala de aula, e considera os professores observadores privilegiados. O DSM-IV apresenta uma nova subdivisão da lista de sintomas, agrupando-os em “Falta de Atenção” e em “Hiperactividade-Impulsividade” (Lopes, 2003).

3.2 – PERSPETIVA ATUAL

A PHDA é a perturbação mais estudada dos últimos 20 anos no campo da psiquiatria infantil e, segundo a investigação científica, é uma perturbação neurobiológica inata e transmitida, em grande parte, geneticamente (Scandar, 2007). Atualmente, existem três grandes perspetivas, relativamente à definição da perturbação e das suas formas de diagnóstico, sendo elas: a Americana, a Francesa e a da Organização Mundial de Saúde. No entanto, é a Associação Americana de Psiquiatria que mais se tem destacado na investigação da PHDA.

Segundo a revisão da 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), o sistema de classificação e diagnóstico mais utilizado no nosso país, a PHDA é uma perturbação neurodesenvolvimental complexa, de origem biológica, que se caracteriza por um padrão persistente de défice de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade mais frequente e grave, do que o observado nos indivíduos com um nível de desenvolvimento idêntico. Assim, enquanto se pode verificar os sintomas indicativos da falta de atenção dissociados dos da hiperatividade e impulsividade, o mesmo não acontece com estes últimos dois no contexto deste quadro clínico (Scandar, 2007).

Os sintomas devem manifestar-se antes dos sete anos, deverão ocorrer em mais do que um contexto, como, por exemplo, a casa e a escola, e levar a uma disfunção clinicamente significativa em contextos importantes de vida da criança como o contexto social, académico ou familiar. Estes critérios de diagnóstico foram baseados, principalmente, em manifestações infantis de PHDA (Alfaiate, 2009).

CrITÉRIOS de Diagnóstico para Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção de acordo com a APA (2002):

A. (1) ou (2):

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

Falta de atenção:

com frequência, não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;

com frequência, tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;

com frequência, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;

com frequência, não segue 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);

com frequência, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;

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

com frequência, perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

com frequência, distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

esquece-se, com frequência, das atividades quotidianas.

(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade persistiram, pelo menos durante seis meses, com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

com frequência, movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

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

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

com frequência, tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;

com frequência, “anda” ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;

com frequência, fala em excesso;

Impulsividade:

com frequência, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

com frequência, tem dificuldade em esperar pela sua vez;

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

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

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

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

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

A identificação e atuação precoce poderá marcar toda a diferença na vida de quem sofre esta perturbação. Contudo, o diagnóstico pode não ser tarefa fácil, pois pode haver situações em que os indivíduos não manifestem as dificuldades características, nomeadamente, quando se encontram em situações de grande interesse e envolvimento pessoais (Taylor, 2007). Uma das particulares da PHDA é a elevada comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas ou neurológicas, designadamente, e segundo Benassini (2005, citado por Ramalho, 2009), com as Perturbações Específicas do Desenvolvimento (onde estão implícitas as Perturbações de Aprendizagem, Leitura, Cálculo, Escrita, Habilidades Motoras e as de Comunicação/Linguagem), Perturbações Emocionais (onde estão implícitas as Perturbações Depressivas e de Ansiedade) e, por último, com Perturbações de Conduta e de Adaptação Social (onde estão inseridas as Perturbações de Conduta Desafiante e Oposicionista), o que condiciona, em muitos casos, o diagnóstico e a definição de um plano terapêutico (Barkley, 2006).

É habitual os pais verificarem, como característica mais proeminente, a elevada variabilidade diária, hora-a-hora e minuto-a-minuto destas crianças. As características da PHDA são mutáveis entre si e entre as crianças. É invulgar descobrir um sujeito com todas as características de hiperatividade e/ou de défice de atenção (Moreira, 2009).

Assim sendo, existem subtipos de PHDA, consoante o padrão sintomático predominante nos últimos seis meses de acordo com APA.

Ainda fazendo referência ao DSM-IV, podemos encontrar diferentes codificações, as quais são, baseadas no tipo:

Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto (PHDA-M): se estão preenchidos os Critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses;

Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento (PHDA-D): se está preenchido o Critério A1, mas não o Critério A2 durante os últimos seis meses;

Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo (PHDA-HIM): se o Critério A2 está preenchido, mas não o Critério A1 durante os últimos seis meses.

3.3 – ETIOLOGIA DA PHDA

Várias causas podem explicar esta perturbação, sendo a mais comum a genética (Scandar, 2007). São vários os modelos criados que procuram explicar quais as causas do aparecimento da PHDA na criança. Apesar disso, parece não existir uma etiologia única, sendo a hipótese multifactorial uma evidência crescente. De facto, todas as condições neuropsiquiátricas manifestam ser consequência de uma complexa combinação de fatores ambientais, genéticos e biológicos. Os efeitos cumulativos e interativos entre estes fatores, que isoladamente têm um pequeno efeito, determinam uma crescente vulnerabilidade para a PHDA (Alfaiate, 2009).

Assim, podemos falar em fatores de risco que podem ser (Lopes, 2003):

Ambientais, os quais estão relacionados com o consumo de substâncias durante a gravidez, como o álcool, tabaco e com a exposição a chumbo, particularmente se a exposição ocorrer entre os 12 e os 36 meses de idade;

As alterações no curso do desenvolvimento do cérebro da criança e com o facto de estas crianças manifestarem uma deficiência no mecanismo da dopamina, um neurotransmissor associado à inibição comportamental e ao autocontrolo, nas áreas pré-frontais do córtex;

A hereditariedade poderá explicar entre 50 a 97% das características da PHDA e considera-se que não existe um gene responsável);

Os fatores familiares, são os que estão relacionados com o baixo nível socioeconómico das famílias, devido ao elevado número de elementos existentes na mesma família, à desagregação ou conflito parental, a uma possível criminalidade presente no seio familiar, à existência de patologia mental materna, principalmente se essa patologia for a depressão e, por ultimo, à existência de psicopatologia, défices cognitivos e disfunção psicossocial na própria criança.

É importante sublinhar que a hiperatividade não é fomentada por uma educação desajustada, ou seja, os sintomas da PHDA não têm qualquer origem nos métodos de educação, ainda que uma vida familiar e um ambiente escolar desorganizados possam agravar os sintomas.

3.4 – PREVALÊNCIA DA PHDA

De acordo com Parker (2011) a PHDA é muito frequente na infância, atingindo cerca de 3 a 7% das crianças em idade escolar e os sintomas perduram na adolescência e idade adulta, em cerca de 50 a 80% dos casos. Segundo alguns dados, em cada cem crianças, dezassete são hiperativas.

A prevalência desta perturbação depende da idade, do sexo e do meio sociocultural dos indivíduos ou dos subtipos. Prevalências superiores a 20% têm sido relatadas em crianças oriundas de meios socioeconómicos menos favorecidos. No entanto, é de realçar que esta perturbação tem incidência em todos os estratos económicos e em todo o tipo de áreas geográficas (Garcia & Brown, 2003, citado por Ramalho, 2009). Esta perturbação é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino, numa proporção que varia entre 2:1 e 9:1 (APA, 2002). Esta discrepância pode estar associada a fatores culturais, físicos e até à utilização de critérios de diagnósticos diferentes. Os fatores culturais são fulcrais, uma vez que as expectativas dos pais e dos professores alteram conforme o sexo. Por outro lado, dado que o processo de maturação nos rapazes é mais lento, isso poderá fazer com que estejam mais vulneráveis e influenciáveis a comportamentos hiperativos (Garcia, 2001).

Segundo Fernandes e António (2004), as raparigas são mais afetadas pela variante com predomínio do défice de atenção. Salgueiro (1983) refere que nos rapazes com PHDA, verificam-se mais sintomas da série motora e nas raparigas sintomas de série depressiva, o que leva as raparigas a recorrerem menos às consultas de psiquiatria, dado que a inibição é mais tolerável do que a irrequietude. No que se refere à idade, estima-se que 75% dos casos se revelem aos cinco anos de idade (Vaquerizo-Madrid, 2004, citado por Ramalho, 2009).

Relativamente aos subtipos da PHDA, verifica-se que a mais frequente é a PHDA-HIM, com cerca de 24% dos casos, seguindo-se o subtipo PHDA-D, com 16% dos casos, e, por fim, o subtipo com menor número de casos assinalados é o de PHDA-M, com cerca de 11% dos casos (Cardo & Barceló, 2005, citado por Ramalho, 2009).

3.5 – AVALIAÇÃO DA PHDA

As dificuldades em identificar e lidar com esta perturbação levam, muitas vezes, esta população a ser estigmatizada no ambiente escolar, sendo considerados alunos com problemas, isto é, que não querem aprender, que perturbam a dinâmica da sala de aula e

que são culpados por tudo o que acontece. Além disso, muitos encaram conflitos com a família, caracterizando um grupo de risco para condutas desviantes mais graves. Por isso, podem ser alvo de rejeição e não receber a atenção necessária para que progridam de forma positiva, tanto na sua vida pessoal como escolar (Nunes & Werlang, 2008). Assim, esta perturbação pode acarretar dificuldades funcionais a nível (Barkley, 2006):

Escolar (maior risco de retenção, suspensão e expulsão da escola, carência de medidas educativas especiais, bem como maior probabilidade de não terminar a escolaridade obrigatória);

Social (dificuldades no relacionamento com os pares, comportamento antissocial);

Familiar (problemas emocionais e, especificamente na idade adulta, problemas laborais, maior tendência para transgressão das regras de trânsito e acidentes de viação).

Após a revisão de literatura de diversos autores, entre eles Parker (2011), Selikowitz (2010), Sosin e Sosin (2006), possível concluir que os professores sentem frequentemente dificuldade em identificar uma criança hiperativa, mas esta tarefa pode tornar-se mais fácil, se tiverem em consideração alguns sinais de alerta:

O aluno parece estar aquém das suas capacidades;

O aluno manifesta um nível de atenção inapropriado, quando comparado com outras crianças da mesma idade;

O aluno apresenta dificuldades em seguir instruções e/ou regras, aparentando não ouvir o que lhe é dito;

O aluno demora muito tempo a fazer testes, dado que tem dificuldade em abstrair-se de outros estímulos;

O aluno perde frequentemente objetos importantes;

O aluno é impulsivo, apresentando dificuldades em inibir o que deseja;

O aluno tem dificuldades em colocar em prática tarefas que requerem planeamento, estratégias de resolução de problemas e método de organização no trabalho (dificuldades de organização);

O aluno tem dificuldade na realização de tarefas prolongadas;

O aluno tem dificuldade em prever o que vai acontecer ou em antecipar acontecimentos;

O aluno parece não aprender com os erros;

O aluno tem baixa tolerância à frustração;

O aluno não consegue ficar sossegado, custa-lhe permanecer sentado, corre em locais inapropriados, sobe aos móveis;

O aluno responde fora do contexto, interrompe os outros quando deveria estar calado, fala demais e sem conseguir manter o fio do discurso;

O aluno tem dificuldade em esperar pela sua vez;

O aluno muda frequentemente de uma atividade para outra, não terminando as tarefas;

O aluno atribui a culpa aos outros;

O aluno tem dificuldades em adaptar-se às mudanças;

O aluno apresenta dificuldades nas relações familiares, com os pares e/ou com os professores.

Se a criança manifestar a maior parte dos sinais acima referidos, o professor deverá informar a família. Posteriormente, é importante que a criança seja encaminhada para um técnico de saúde mental, para que, assim, possa ser avaliada e para que o tratamento seja iniciado o mais rapidamente possível (Pereira, 2005).

Assim, a avaliação da criança com PHDA deve passar por várias etapas: uma avaliação médica clássica, uma avaliação comportamental e uma avaliação cognitiva e académica. Para Boavida, Porfírio, Nogueira e Borges (1998), a avaliação médica deve abranger a história pessoal e familiar, fatores de risco (pré, peri e pós natais), exame físico, avaliação do neuro-desenvolvimento, da visão e da audição. A avaliação comportamental deve orientar-se para os componentes da PHDA, designadamente a atenção, atividade e os impulsos. Na avaliação cognitiva e académica, o objetivo é determinar o perfil psicométrico e o desempenho académico. Deste modo, é possível determinar as áreas fracas e recolher informação sobre as capacidades intencionais de aprendizagem e de inteligência, que possam facilitar a incorporação no processo individual de intervenção (Boavida et al., 1998).

O diagnóstico resulta da síntese de um conjunto de informações recolhidas junto da família, escola/trabalho e do próprio indivíduo, de entrevistas, questionários e de uma observação direta. Toda esta avaliação deve ser realizada por vários especialistas: pediatra, psicólogo, psiquiatra, neurologista e outros, se necessário. O trabalho multidisciplinar é fundamental, tanto no diagnóstico como no tratamento (Lourenço, 2009).

3.6 – INTERVENÇÃO NA PHDA

O plano terapêutico da PHDA deve levar sempre em linha de conta a necessidade de identificar a PHDA como situação crónica e com potencial de permanecer na vida adulta; na maioria dos casos, inclui farmacoterapia, associada ou não a terapia comportamental. Deste modo, torna-se necessário aceitar e compreender a PHDA, estabelecendo uma aliança terapêutica entre a criança, os pais, o médico e o professor.

3.6.1 – TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Está comprovada uma melhor eficácia dos tratamentos que incluíram psicofármacos, em relação ao uso de terapia comportamental isolada. Os psicoestimulantes são fármacos de primeira linha na terapêutica farmacológica da PHDA, mas a medicação raramente está indicada como a primeira medida e nunca deve ser utilizada isoladamente, mas sim em combinação com as medidas de modificação comportamental. Os psico-estimulantes não curam a PHDA, mas ajudam a normalizar os neurotransmissores, permitindo, assim, reduzir as consequências negativas, emocionais, escolares e sociais destes indivíduos (Fernandes & António, 2004). Os neurotransmissores são substâncias químicas que têm a função de mediar a transmissão de mensagens de uma célula para a outra e estão presentes numa grande variedade (Scandar, 2007). Com uma administração criteriosa destes fármacos, consegue-se obter, em 70-80% das crianças, melhorias significativas da hiperatividade, da impulsividade e da desatenção (Fernandes, 2001). No entanto, não permite à criança recuperar os atrasos escolares que possam ter ocorrido enquanto não foi tratada (Scandar, 2007).

O Metilfenidato (princípio activo da Ritalina, Rubifen e Concerta) é o único psico-estimulante disponível em Portugal. Estes fármacos são vulgarmente usados apenas em crianças com idade igual ou superior a 6 anos. Estão em curso estudos sobre a aplicação terapêutica do Metilfenidato, em idade pré-escolar e os resultados preliminares indicam que nesse grupo etário, a dose média eficaz seja inferior e para a maior incidência de efeitos adversos, nomeadamente emocionais. Os psico-estimulantes aumentam os mecanismos excitatórios do cérebro, ao mesmo tempo que aumentam os mecanismos responsáveis pela inibição (Scandar, 2007).

Segundo Cordinhã e Boavida (2008) os psico-estimulantes são seguros e bem tolerados, não são responsáveis por qualquer tipo de habituação, dependência ou tolerância. Consideram ainda que o tratamento a longo prazo pode ser um fator de proteção, no que diz respeito a distúrbios psiquiátricos e ao abuso de substâncias na adolescência e idade adulta. Apesar de serem pouco frequentes e passageiros, podem surgir efeitos adversos, como a anorexia, epigastrialgias, perda de peso, náuseas, obstipação, insónia, ansiedade e tremor, depressão ou instabilidade emocional, tiques, cefaleias e tonturas. Ligeiras alterações na dieta e/ou no horário da medicação podem atenuar esses sintomas

Os mesmos autores referem que, estudos recentes não demonstraram efeitos clinicamente relevantes, a longo prazo, na tensão arterial, frequência cardíaca, função

hepática e hematológica. Ao nível dos efeitos no crescimento, os resultados da literatura disponível são controversos. Os estudos mais recentes indicam, nos primeiros anos de tratamento, uma redução na velocidade de crescimento esperada. Contudo, essa desaceleração não representa estaturas abaixo da média para a idade, assim como não parece existir diferenças clinicamente significativas em relação aos controlos, na idade adulta.

A administração de estimulantes implica um estudo diário e detalhado do comportamento da criança e, ainda, uma avaliação periódica realizada pelo médico da sua evolução, pois existem sinais de que a dosagem poderá estar errada ou mesmo que o medicamento pode não ser o mais indicado. Todos os efeitos secundários têm de ser tidos em consideração e registados e devem-se, normalmente, a erros de dosagem (Rodrigues, 2008).

A dose inicial recomendada é geralmente 0,3 mg/kg/dia, até uma dose diária máxima de 1 mg/kg/dia ou 60 mg (72 mg no caso de Concerta). A sua toma pode ser descontínua, com interrupções aos fins-de-semana, feriados e férias, dias em que não se verificam as exigências acrescidas da escola, ou, em casos de maior gravidade, a toma pode ser continuada. Administram-se, habitualmente, por via oral sob a forma de comprimidos e, após a sua toma, alcançam o máximo efeito entre a primeira e segunda hora, mantendo-se por um período de aproximadamente cinco horas (Scandar, 2007). Atualmente, as formulações de libertação prolongada permitem à criança uma toma única diária, com menos efeitos laterais e menor risco de estigmatização, uma vez que lhe permite tomar a medicação em casa (Moreira, 2009).

A administração de psico-estimulantes continua, contudo, a levantar dúvidas, pois ataca um sintoma e não uma causa. A utilização de fármacos deve fundamentar-se na correta avaliação clínica e numa análise cuidada da frequência e intensidade dos sintomas e do seu grau de disruptividade. Deste modo, a administração de medicamentos não deve ser regra, mas sim uma decisão bem ponderada, tendo sempre em consideração a situação individual de cada criança/jovem a todos os níveis (Rodrigues, 2008).

3.6.2 – TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA

Ainda Cordinhã e Boavida (2008) afirmam que a terapêutica comportamental está relacionada com as mudanças que devem ocorrer em casa, na escola e em qualquer outro local ou contexto em que a criança passe algum tempo do seu dia. O fundamental é obter a

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

Os mesmos autores defendem que é importante que haja uma adaptação de expectativas e exigências, assim como a modificação de atitudes dos pais e professores/educadores, evitando a crítica repetida e situações que levem ao insucesso. Deve fomentar-se o reforço positivo, elogiando comportamentos ajustados e adotar estratégias e rotinas educacionais, no sentido de ir modificando comportamentos inadequados. Por conseguinte, em casa devem estabelecer-se normas de comportamento claras e definidas, evitar punir excessivamente, proporcionar um espaço físico com poucos agentes de distração (brinquedos, janelas) para a realização dos trabalhos de casa, garantir horários regrados (para as refeições, para dormir, para os trabalhos de casa, para a diversão). Na escola, é necessário executar algumas modificações como, por exemplo, a modificação da estrutura da sala de aula, a redução dos estímulos entre aluno e professor (localização preferencial na primeira fila e redução da turma), apoio educativo individualizado e, em casos mais graves, apoio de educação especial.

As atividades extra académicas assumem também um papel determinante, já que auxiliam a libertar tensões acumuladas, contribuem para a obtenção de competências sociais, fomentam o respeito pelas regras e melhoram a condição física da criança. Assim, qualquer forma de ocupação de tempos livres é potencialmente saudável, principalmente a prática de um desporto que seja do agrado da criança e que esteja disponível e acessível ao seu contexto sócio-familiar (Cordinhã & Boavida, 2008).

No sentido de obter mais informações e apoio, pais e professores/educadores podem recorrer à Associação Portuguesa da Criança Hiperativa, uma associação sem fins lucrativos, cujo objetivo é apoiar crianças com PHDA e todos os indivíduos que com elas se relacionam, de modo a poderem intervir nos vários contextos onde a criança se desenvolve e se encontra inserida.

3.7 – A PHDA E A ESCOLA

3.7.1 – AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM DAS CRIANÇAS COM PHDA

De acordo com Parker (2011) as crianças com PHDA revelam dificuldades ao nível da leitura, ortografia, escrita, matemática e linguagem. O baixo rendimento académico deve-se aos problemas de atenção, memória e ao escasso controlo dos impulsos. O défice de

atenção determina uma dificuldade em selecionar os estímulos de forma adequada, pelo que, quando a informação chega a estas crianças, elas firmam-se em detalhes mínimos e não são capazes de apreender a ideia principal. Isso poderá levar a que, quando respondem a uma pergunta, o façam pela tangente e, nos seus trabalhos, fazem uma má distribuição do tempo.

Para Parker (2011) e Selikowitz (2010) estas crianças cometem erros pelo facto de concluírem e entregarem os trabalhos de forma irrefletida. Quando leem em voz alta, enganam-se nas palavras porque não confirmam se a palavra faz sentido naquela frase antes de a dizer. Isto deve-se à falta de atenção mas também à sua impulsividade e falta de auto-monitorização. Outra dificuldade destas crianças é manter a atenção em atividades que não lhes suscitam interesse, cansam-se facilmente em tarefas que exigem a sua concentração e, como tal, evitam-nas. Contudo, um jogo de vídeo é capaz de lhes captar a atenção durante horas. Esta falta de perseverança afeta de forma significativa o seu rendimento nos primeiros anos de escolaridade.

De acordo com Selikowitz (2010), nesta problemática é difícil separar os problemas de atenção dos problemas de memória, pois se não somos capazes de estar atentos a uma informação, dificilmente conseguimos apreendê-la, integrá-la e armazená-la. Habitualmente, estas crianças têm uma boa memória a longo prazo, mas o mesmo não se poderá dizer da memória a curto prazo e da memória de trabalho. Elas recordam-se do que aconteceu há um ano, mas têm muita dificuldade em repetir o que acabaram de ouvir. A competência de refletir e planear antes de atuar está afetada nestas crianças, o que lhes provoca problemas em estabelecer prioridades, planificar, organizar o tempo, antecipar consequências, aprender com a experiência e sintonizar socialmente.

Assim, devido aos problemas já mencionados, estas crianças apresentam, frequentemente, problemas na leitura, ortografia, expressão escrita, linguagem oral e matemática. Ao nível da leitura e da ortografia, manifestam dificuldades na segmentação fonémica, na leitura visual, no reconhecimento de palavras pela forma e na compreensão da leitura. Na matemática, os problemas de cálculo mental são genéricos nas crianças com PHDA.

Estas crianças costumam ter uma forma particular de se expressarem e muitos problemas na aprendizagem da leitura correspondem a dificuldades que têm na hora de decodificar a linguagem no cérebro. O seu discurso pode carecer de uma linha narrativa clara, podendo saltar de um assunto para outro, são capazes de se perder em pormenores irrelevantes e podem não saber dar uma ideia de conjunto ao seu discurso. Os seus relatos habitualmente são interrompidos por hesitações que podem ocultar a dificuldade real em descobrir uma palavra adequada. Quando se lhes colocam perguntas abertas, podem

responder “não sei” ou “não me lembro”, para não terem de se esforçar a organizar o discurso. Muitas vezes, têm dificuldade em apropriar o discurso ao interlocutor (Maia & Varejão,s/d).

Segundo Fonseca (2004) os alunos com PHDA tem dificuldade em focar ou fixar a atenção. Esta pode ser por carência - inatenção ou por excesso - superatenção. Qualquer que seja o caso, “a fixação anormal ou a afixação em pormenores supérfluos e pouco significativos impedem que se processe a seleção de informação necessária à aprendizagem.” (Fonseca, 2004, p.362)

3.7.2 – ESTRATÉGIAS A ADOTAR NO SENTIDO DE PROMOVER O SUCESSO ESCOLAR DOS ALUNOS

3.7.2.1 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA SALA DE AULA

As aulas e as tarefas escolares podem ser atividades estimulantes, mas também podem tornar-se bastante maçadoras. Parker (2011) defende que as crianças que sofrem de PHDA apresentam atitudes inadequadas para a sua idade, custa-lhes controlar o seu comportamento, as emoções e pensamentos. Têm uma grande dificuldade em prestar atenção e concentrarem-se, principalmente quando a escola não consegue ser suficientemente apelativa e estimulante. Consequentemente, é imprescindível uma ajuda e acompanhamento profissional: um trabalho de equipa, que engloba pais, professores, médico e psicólogo, é a melhor forma de ultrapassar o PHDA e auxiliar a criança a adquirir hábitos e estratégias, para que o seu desenvolvimento social, familiar, escolar, etc., esteja à altura das suas capacidades. Uma vez que grande parte do tempo da criança é passado na escola, os professores e os educadores têm um papel bastante importante no controlo dos sintomas.

O professor pode colocar em prática algumas estratégias que visam ajudar a melhorar a relação do aluno com a escola. As estratégias apresentadas em seguida foram testadas por vários autores, que obtiveram resultados positivos (Fonseca, 1998; Rebelo, 1997; Silva, 1997; Simões, 1998):

Aceite o aluno tal como ele é e mostre disponibilidade para o ouvir e ajudar;

Estabeleça uma relação marcada pelas manifestações de carinho. Mostre ao aluno que está do lado dele e fará tudo o que for possível para o ajudar;

Peça-lhe que ele o ensine a ajudá-lo;

Seja capaz de modificar as suas estratégias de modo a adaptar-se ao aluno e às suas necessidades. Mude as recompensas, se considerar que não são eficazes na mudança de comportamento;

Dê um tempo suplementar para acabar as tarefas realizadas na sala de aula e não penalize o aluno por necessitar desse tempo extra. O tempo limite para a realização dos testes também deve ser aumentado;

Procure aperfeiçoar o material didático ou lúdico de modo a adaptar-se às aptidões do aluno;

A matéria abordada na aula deve ser relacionada, sempre que possível, com a experiência anterior da criança;

Modifique as normas de avaliação e avalie o aluno tendo em conta as suas aprendizagens, para evitar frustrações e desmotivação;

Ajuste o ritmo da aula à capacidade de compreensão do aluno;

As regras que o aluno terá que cumprir devem ser negociadas no início do ano, tal como a escolha das possíveis consequências decorrentes do incumprimento de cada regra e recompensas decorrentes do cumprimento das mesmas;

As regras devem ser afixadas num local visível;

Seja inflexível com as regras, mas mostre-se calmo, positivo e otimista;

Algumas crianças gostam de levar brinquedos para a sala de aula. Evite proibir que levem brinquedos, mas limite a sua utilização a espaços e tempos especialmente destinados para o efeito. Evite que os brinquedos estejam visíveis na secretária do aluno durante os momentos de exposição de matéria e de estudo;

Sempre que falar com o aluno, utilize linguagem clara, mantenha contacto visual associado a manifestações de incentivo e carinho e procure sempre saber se está a ser compreendido;

Certifique-se que o aluno compreendeu as instruções ou explicações, pedindo-lhe que repita o que acabou de ouvir. A repetição das instruções deve ser solicitada em fases iniciais do tratamento, sendo aconselhável que o professor deixe de fazer este pedido à criança com o passar do tempo, para aumentar a sua autonomia;

Sugira ao aluno que fale sobre o que está a fazer no momento, para aumentar o seu período de atenção;

Encoraje o aluno a sublinhar as palavras-chave das instruções;

Durante a exposição de matéria, diga frases como “isto é importante” e altere o tom de voz;

Desloque-se na sala de aula enquanto expõe a matéria;

Procure sentar o aluno na primeira fila, de costas para a maior parte dos restantes alunos, para se distrair menos. Também pode sentá-lo perto de alunos sossegados, que sejam bons exemplos de comportamento;

Sente-o longe da janela e de outras fontes de distração (como um aparelho de ar condicionado que faz ruído, um local de passagem frequente, etc.). Depois de escolher o lugar, evite fazer mais mudanças;

Elabore listas de atividades e destaque aquelas que exigem mais atenção, informando previamente o aluno de quando terá que as realizar;

A criança com PHDA tem tendência a perder a capacidade de concentração ao longo do dia. Sempre que possível, escolha a parte da manhã para sugerir as atividades que exigem mais concentração;

Procure informar-se se o aluno está a tomar medicação. Procure saber em que períodos do dia o medicamento produz maior efeito e aproveite esses momentos para fazer ao aluno pedidos mais exigentes;

Existem tarefas que podem ajudar no desenvolvimento da atenção e concentração, tais como discriminação visual de estímulos gráficos, exercícios de completamento de frases, ordenação de séries, procura de sinónimos, labirintos e puzzles;

Lembre-se que o comportamento da criança hiperativa pode piorar quando ela é super estimulada. A melhor maneira de lidar com o caos na sala de aula é preveni-lo, antes que aconteça;

A criança com PHDA tem dificuldade em adaptar-se à mudança. O professor deverá criar algumas rotinas durante as aulas, para diminuir ao máximo a existência de mudanças. O estabelecimento de rotinas e o aviso prévio de mudanças nas rotinas podem ser benéficos para estas crianças;

Uma vez iniciada a aula, é importante pôr a turma rapidamente ativa, de modo a focalizar logo a atenção nas atividades propostas e evitar que se dispersem;

Procure prevenir a ocorrência de problemas fazendo contratos, aconselhando, recordando atitudes a tomar, recordando recompensas ou castigos;

Explique claramente o que o aluno não pode fazer na sala de aula e evite múltiplas ordens;

Coloque linhas desenhadas no chão da sala de aula com o percurso do sentido da circulação, de forma a impedir que o aluno faça "passeios" pela sala antes de se sentar no seu lugar;

Permita que o aluno saia da sala de aula por uns momentos e dê-lhe oportunidade de se movimentar antes de incomodar os outros alunos. Ajude a desenvolver a auto-observação e o autocontrolo;

Mantenha na sala “cantinhos” onde os alunos possam fazer trabalhos manuais ou atividades artísticas;

Para conseguirem aprender bem, os hiperativos necessitam inicialmente de reforço sistemático. No entanto, tenha em atenção que o excesso de reforço pode distrair a criança da tarefa;

Procure dar *feedback* corretivo imediato, dando recompensas ou multas logo após o comportamento do aluno. Sempre que tiver um comportamento menos adequado, avise apenas uma vez. Se o aluno continuar, aplique imediatamente o castigo que tinha sido estabelecido;

Evite demorar muito tempo a devolver os resultados das avaliações aos alunos e corrija sempre os trabalhos de casa. Ofereça reforço positivo ou negativo imediato, conforme o resultado da avaliação;

Procure saber quais os reforços mais adequados para cada aluno através da recolha de informação (entrevistas ou questionários aos pais e à criança). Organize depois hierarquicamente esses reforços;

As recompensas, que devem ser variadas, podem ser materiais (bonecas, material didático, jogos, visitar um museu, ir ao cinema) ou não, podendo recorrer a recompensas de natureza psicológica, afetiva ou social (acenar com a cabeça, dizer que está bem, sorrir). É aconselhável começar por recompensas materiais, passando progressivamente aos reforços psicológicos;

Escolha carimbos, autocolantes, cartões ou gráficos de pontos e procure associá-los ao bom comportamento. Explique ao aluno que, após uma determinada quantidade e período de tempo, serão trocados por algum objeto que ele deseje. Elabore uma lista com os comportamentos, os símbolos a que estes comportamentos correspondem e prémios associados;

Organize mapas em que são registados os comportamentos da criança, com símbolos diferentes para os comportamentos adequados e os comportamentos menos apropriados. Substitua, no fim de cada semana ou mês, os símbolos por recompensas ou multas. Assinale os progressos e comunique-os à família;

Faça elogios. Os elogios devem ser claros e referir-se especificamente ao comportamento do aluno (é mais eficaz dizer “fizeste uma composição muito original” do que “muito bem”);

Inclua toda a turma neste sistema de recompensas e penalizações e atribua prémios de grupo, ou seja, permita que o bom comportamento de todos os elementos da turma corresponda a um prémio, ou o mau comportamento de um (ou mais) elementos da turma corresponda à perda de pontos (ou penalização) de todo o grupo. Este modo de proceder

incentiva as outras crianças a envolver-se na ajuda de quem tem comportamentos disruptivos;

Deve evitar-se o mais possível o recurso a castigos desnecessários ou injustificados. Prefira ignorar os comportamentos menos adequados quando estes não são demasiado graves. Saiba distinguir entre comportamentos com consequências graves (que não poderá tolerar) de comportamentos menos importantes. Ajude o aluno a fazer esta distinção;

Sempre que o aluno fizer algo errado, encontre formas discretas de lhe explicar o que fez mal e o que deveria ter feito, evitando humilhá-lo em frente de outras pessoas;

Reforce, não só os bons resultados, mas também o esforço que o aluno usou para os atingir;

Reconheça que a desorganização é uma das principais características da PHDA;

Procure implementar e promover a criação de estratégias de estudo, ensinando o aluno a estudar e a organizar conhecimentos. Ensine-o a tomar notas, procurar informação, recolhê-la e organizá-la;

Ensine o aluno a fazer resumos e a realçar a parte mais importante de cada matéria. Ajude-o a distinguir entre o que é realmente importante e o que não necessita de ficar retido na memória;

Anuncie no início de cada aula o que vai fazer, escrevendo no quadro o programa de atividades da aula;

Faça listas com as atividades que a criança terá que realizar e coloque-as num local bem visível;

Permita que o aluno coloque um relógio na sua secretária, para poder controlar o tempo que demorar a fazer as tarefas;

Promova o cumprimento de horários, premiando o aluno sempre que ele termine as tarefas a tempo;

Procure dividir as tarefas em pequenas etapas e sugira que seja realizada uma etapa de cada vez. Proponha tarefas de curta duração e bem definidas;

Sugira que os alunos verifiquem o trabalho depois de concluído. Esta verificação deve fazer parte da rotina. Dê tempo extra aos alunos para verificarem o trabalho.

3.7.2.2 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM CASA ATRAVÉS DOS PAIS

Para ajudar a responder à pergunta “Como ajudar o meu filho?” foram efetuadas diversas leituras (Parker, 2003; Selikowitz, 2010; Sosin & Sosin, 2010). Com base neste autores foi possível perceber a importância de um trabalho em articulação com todos os

intervenientes do processo educativo de uma criança com PHDA, daí que se copilou algumas estratégias de intervenção que poderão servir de suporte, com vista a que estas crianças tenham boas probabilidades de se tornarem adultos ajustados. A seguir passam a enumerar-se algumas propostas dessas estratégias.

Aceite a criança tal como ela é e mostre disponibilidade para a ajudar;

Seja capaz de modificar as suas estratégias de modo a adaptar-se à criança e às suas necessidades;

Estabeleça uma relação marcada pelas manifestações de carinho;

Mostre ao seu filho que está do lado dele e fará tudo o que for possível para ajudar;

Peça ao seu filho que o ensine a ajudá-lo;

Seja capaz de modificar as suas estratégias, de modo a adaptar-se ao seu filho e às suas necessidades. Mude as recompensas, se considerar que não são eficazes na mudança de comportamento;

Seja firme com as regras, mas mostre-se calmo, positivo e otimista;

Utilize linguagem clara, em que as regras são simples, claras e curtas;

Escreva uma lista com as regras que o seu filho tem que cumprir, explicando claramente, e também por escrito, quais as consequências do não cumprimento dessas regras;

Coloque a lista das regras em local bem visível;

Explique objetivamente quais os comportamentos que considera certos e errados, mostre ao seu filho o que espera dele e mostre que está contente quando ele se comporta como lhe pediu;

As regras devem ser negociadas em conjunto. Os pais devem ouvir a criança antes de determinarem quais as regras a cumprir;

Procure prevenir o mau comportamento antes que ele aconteça;

Procure negociar atividades com a criança, para que ela possa participar ativamente na escolha das tarefas que lhe são propostas e para que não se aborreça permanentemente, saltando de atividade em atividade;

Estipule um horário semanal de tarefas e coloque-o num local visível (por exemplo, no quarto e/ou cozinha). Certifique-se que o seu filho o cumpre à risca e ofereça uma recompensa sempre que isso acontecer. O horário não deverá ser imposto, mas sim negociado com a criança;

O horário das atividades diárias deverá conter a hora de deitar, comer, estudar, brincar, executar pequenas tarefas (como pôr/levantar a mesa, tirar a louça da máquina, etc.), ver televisão, dormir. Aumente ou diminua as horas de divertimento, como recompensa ou castigo;

Evite alterações de horário. Se tiver de o fazer, explique ao seu filho as razões da alteração da rotina e com a maior antecedência possível;

As manhãs dos dias de escola podem ser difíceis. Por esta razão, deve pedir ao seu filho para escolher de véspera a roupa que irá vestir e preparar a mochila da escola. Acorde-o suficientemente cedo para ter tempo para tratar da higiene pessoal, para se vestir e para tomar um bom pequeno-almoço;

Ofereça recompensas ou castigue de forma imediata, logo após o comportamento da criança;

Sempre que a criança fizer algo errado, encontre formas discretas de lhe explicar o que fez mal e o que deveria ter feito, evitando humilhá-lo em frente de outras pessoas;

Mostre ao seu filho que espera (e sabe que ele vai conseguir) resultados positivos. Ofereça recompensas sempre que esses resultados são atingidos. Valorize o sucesso o mais possível, encorajando e dando elogios frequentemente;

Evite castigos. Quando for inevitável, procure dar castigos imediatos logo após o comportamento indesejado da criança. O castigo deve ser justo e consistente;

Reforce o esforço, oferecendo recompensas, mesmo quando a criança não conseguiu a nota esperada, mas fez um esforço visível para melhorar os resultados escolares;

Seja consistente. Tenha atenção às promessas que faz à criança e cumpra à risca tudo o que diz (não só castigos, mas também as recompensas). Evite repetir avisos e ameaças vezes sem conta;

Lembre-se que o seu filho passa o dia a ouvir que está errado, mesmo antes de fazer algo errado;

Mostre ao seu filho que espera um comportamento adequado. Explique-lhe claramente o que quer que ele faça e o que proíbe absolutamente;

Não poupe elogios quando o seu filho se comporta adequadamente. Dê valor às pequenas coisas e às boas intenções do seu filho;

Ajude o seu filho a fazer ou manter amigos sugerindo atividades estruturadas, com tempo limitado, com um só amigo. Ofereça uma recompensa sempre que o comportamento durante a brincadeira seja aceitável;

Procure diminuir o tempo que ele passa a jogar no computador, promovendo as brincadeiras em que exista comunicação com outras crianças da mesma idade. Procure conhecer os companheiros do seu filho e estimule amizades com crianças que lhe possam servir de modelo;

Tenha cuidado com a seleção de companheiros de brincadeira para o seu filho. Procure convidá-los para sua casa para os poder conhecer. Não permita gritos, empurrões ou agressões;

Dirija-se, sempre que possível, à escola para falar com a Professora Titular de Turma ou com a Diretora de Turma;

As crianças hiperativas têm tendência a ser muito impulsivas. Por isso, certifique-se que o seu filho é vigiado por adultos durante todo o dia;

Procure saber quais as atividades do seu filho na sala de aula, no recreio e à hora das refeições;

Procure saber qual é o plano das aulas, para poder trabalhar a matéria previamente com o seu filho;

Sugira-lhe que divida o estudo em pequenos segmentos, para que seja iniciado e terminado um segmento de cada vez; sugira ainda que escolha primeiro os segmentos mais difíceis e depois os mais fáceis. Permita que o seu filho faça intervalos entre os segmentos do estudo (ir lanchar, ir brincar por uns minutos);

Escolha um local fixo para estudar, onde a criança tenha sossego e consiga estar em silêncio. Progressivamente, deixe a criança fazer o trabalho sozinha, sem a sua ajuda;

Encoraje o seu filho a ler em voz alta em casa, para que se sinta mais seguro quando o fizer na escola;

Converse com o seu filho, estimule atividades extraescolares e procure saber se ele tem algum talento especial. As crianças hiperativas têm muita criatividade, espírito lúdico, espontaneidade e boa disposição;

Procure desenvolver os talentos do seu filho;

Encoraje o seu filho a iniciar uma atividade desportiva, de preferência que tenha exercícios vigorosos;

Pergunte ao seu filho se a atividade escolhida é divertida e certifique-se que ele continua motivado para a realizar.

PARTE II

ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

1.1 – ESTUDO ETNOGRÁFICO

De acordo com a Infopédia, a etnografia é um ramo das ciências humanas que tem como objeto de estudo a cultura de uma comunidade ou de algum dos seus aspetos fundamentais. A mesma fonte refere que:

...a etnografia trata de todas as atividades de determinado grupo consideradas na sua especificidade, com o objetivo de descrever o mais fielmente possível a sua vida, a fim de se atingir a compreensão global do grupo em questão. Assim, ela compõe monografias desses grupos culturais, a partir de trabalhos de campo, da observação direta e da recolha de factos.

Por conseguinte, a metodologia do estudo etnográfico é fundamentalmente qualitativa e tenta registar o que se passa na realidade, tanto o que sucede de uma forma explícita, como o que acontece de um modo implícito. Este trabalho é realizado com base na interação entre o observador e o observado, sendo assim possível delinear a história do grupo, as suas crenças, os valores que tem por base, as linguagens que adota, etc.

Coutinho (2011) considera que, a nível concetual, a investigação qualitativa é aquela em que “não são os comportamentos, mas as intenções e situações, ou seja, trata-se de investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo.”

Segundo a mesma autora, a nível metodológico, esta investigação baseia-se no método indutivo, pois “a inter-relação do investigador com a realidade que estuda faz com que a construção da teoria se processe, de modo indutivo e sistemático, a partir do próprio terreno à medida que os dados empíricos emergem.”

Deste modo, a fonte principal do conhecimento obtido por métodos etnográficos são os dados provenientes de situações naturais e não experimentais.

Bogdan e Biklen (1994) afirmam “...que todos os educadores podem ser mais eficazes se utilizarem a investigação qualitativa para o seu trabalho”, dado que “...os professores, ao agirem como investigadores, não só desempenham os seus deveres, mas também se observam a si próprios, dão um passo atrás e distanciam-se dos conflitos imediatos, tornando-se capazes de ganhar uma visão mais ampla do que se está a passar.”

André (2008, p.37) considera que no estudo etnográfico:

O observador não pretende comprovar teorias nem fazer *grandes* generalizações. O que busca, sim é descrever a situação, compreendê-la, revelar os seus múltiplos significados, deixando que o leitor decida se as interpretações podem ou não ser generalizáveis, com base na sustentação teórica e na sua plausibilidade.

1.2 – QUESTÃO DE PARTIDA

Este trabalho surgiu após a tomada de consciência da importância da focalização da atenção no processo de ensino/aprendizagem. Após algum tempo de trabalho com a turma onde está inserido um aluno com Hiperatividade e Défice de Atenção, foi possível perceber a importância da relação entre pares para a efetiva inclusão de alunos com esta desordem na sala de aula regular. Por este motivo, a questão de partida formulada é a seguinte: Qual a percepção dos pares sobre a inclusão de um aluno com HDA?

1.3 – SUB-QUESTÕES

Tendo por base a questão de partida, foram elaboradas sub-questões com vista a obter um melhor conhecimento de como percebem o aluno com HDA os restantes elementos da turma.

Que tipo de comportamento apresenta o aluno com HDA na sala de aula e no recreio?

Como lida o professor com o aluno, em termos pedagógicos?

Quais as dificuldades reportadas pelo professor no processo de inclusão académica e social do aluno?

Que tipos de interação desenvolvem os pares com este aluno em sala de aula?

Que tipo de interação se verifica no recreio, entre o aluno e os pares e vice-versa?

Como descrevem os pares o rendimento académico do seu colega com HDA?

O que acha o aluno sobre o seu próprio processo de aprendizagem e de interação com os colegas?

Qual a opinião dos pares sobre o processo de inclusão, em geral, do seu colega com HDA?

1.4 – OBJETIVO GERAL

Com este trabalho, pretende-se conhecer a percepção dos pares sobre a inclusão de um aluno com hiperatividade, de modo a, com base neste conhecimento, poder desenvolver

estratégias que possam contribuir para beneficiar o aluno e o restante grupo, no futuro, passando sempre por um investimento na relação entre pares.

1.5 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para que a inclusão de aluno com HDA seja bem conseguida, foram apresentados objetivos específicos, para mais facilmente tentar obter bons resultados. Nesse sentido, foram elaborados os seguintes:

Identificar o tipo de comportamento apresentado por um aluno com HDA na sala de aula e no recreio.

Saber como lida o professor com o aluno em termos pedagógicos.

Reconhecer qual o tipo de interação que se verifica no recreio entre o aluno e os seus pares e vice-versa.

Identificar os tipos de interação que os pares desenvolvem com este aluno em sala de aula.

Reconhecer as dificuldades reportadas pelo professor no processo de inclusão académica e social do aluno.

Referir como descrevem os pares o rendimento académico do seu colega com HDA.

Identificar o que pensa o aluno sobre o seu próprio processo de aprendizagem e de interação com os colegas.

Identificar qual a opinião dos pares sobre o processo de inclusão, em geral, do seu colega com HDA.

2 – RECOLHA DE DADOS

Quando este trabalho foi pensado, começou-se por solicitar autorização ao encarregado de educação (Apêndice I) do aluno com HDA, para que este fosse alvo de estudo, com vista a tentar que a adaptação na sala de aula seja mais eficaz, promovendo assim o sucesso escolar do aluno.

Posteriormente, foi feita uma recolha de dados, que teve início com uma análise documental dos elementos constantes no processo individual do aluno (relatórios, registos de avaliação, planos, etc.).

Foi também elaborada uma entrevista à professora de educação especial, que acompanha o aluno desde abril de 2012, com o objetivo de perceber como é o comportamento deste aluno em sala de aula, no recreio e no seu relacionamento com a professora de EE.

Por último, e após um melhor conhecimento da problemática do aluno, foi elaborado um questionário aos colegas da turma, cujo intuito foi perceber e conhecer as opiniões dos pares perante um aluno com HDA e, em simultâneo, saber o que fazem para que a inclusão do colega seja produtiva para todos. Para que o mesmo pudesse ser aplicado, foi igualmente solicitada autorização aos respetivos encarregados de educação (Apêndice I).

2.1 – CARATERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1.1 – CARATERIZAÇÃO DO MEIO

Os dados recolhidos junto da Câmara Municipal de Alcobaça, permitiram um maior conhecimento da cidade. A sede do concelho foi elevada a cidade em 1995. Alcobaça é um concelho do centro litoral, apresenta-se heterogéneo na sua geologia, no seu relevo, nos seus recursos e, conseqüentemente, nas suas formas de povoamento. Neste vasto território que se estende do Maciço Calcário Estremenho à costa atlântica, é possível reconhecer três unidades territoriais muito distintas entre si.

A primeira, dominada pelo calcário e pela aridez da Serra de Candeeiros, forma o território de cotas mais elevadas, sendo o mais individualizado desta região. A segunda é formada pelas férteis terras “baixas” de Alcobaça. Finalmente, surge-nos a faixa litoral, sujeita a constantes transformações ao longo dos últimos séculos.

A análise da distribuição da população residente ativa revelou que o setor secundário (indústria extrativa, transformadora, de produção e distribuição de eletricidade, gás, água e construção) é o principal setor empregador. O setor terciário (comércio e serviços) assume uma importância evidente na estrutura do emprego concelhio. O setor primário (agricultura, silvicultura e pesca) tem vindo a perder peso na estrutura do emprego do concelho.

A freguesia de Alcobaça foi fundada em 1148 e tem uma área aproximada de 3,38 Km². Situa-se na província da Estremadura, a meio caminho entre Lisboa e Coimbra.

É banhada pelos rios Alcoa e Baça, sendo a junção destes dois rios uma das versões para a origem do nome Alcobaça.

Sem dúvida, um dos principais atrativos é o Mosteiro de Santa Maria de Alcobaça, construído em 1153 por ordem de D. Afonso Henriques. Foi aqui que se realizaram as primeiras aulas públicas em Portugal, no ano de 1269. Foi classificado como Património Mundial pela UNESCO em 1989.

Existem também as ruínas do castelo, que, juntamente com os de Leiria, Pombal e Óbidos, constituía uma linha avançada de fortificações que protegiam as primeiras cidades árabes desta zona: Lisboa e Santarém.

No entanto, não nos podemos esquecer de outros produtos afamados da freguesia, tais como: louça de Alcobaça, cerâmica, lenços de chita, frutas, compotas, vinhos e ginja de Alcobaça.

As suas principais atividades económicas são a cerâmica, o comércio e os serviços.

2.1.2 – CARATERIZAÇÃO DA ESCOLA

O Centro Escolar de Alcobaça passou a estar integrado, a partir de julho de 2012, no Agrupamento de Escolas de Cister – Alcobaça, este último composto por mais de quatro mil alunos.

O novo Centro Escolar de Alcobaça abriu em setembro de 2011, e encontra-se situado na Quinta das Freiras, a este do Mosteiro de Santa Maria de Alcobaça e junto à Unidade do Centro Hospitalar Oeste-Norte.

É um edifício de construção contemporânea, de dois pisos, com vinte e seis salas, dezoito das quais destinadas ao Primeiro Ciclo, quatro destinadas ao Jardim de Infância, duas para a Componente de Apoio à Família e outras duas utilizadas pela Unidade de Ensino Estruturado, para apoio a alunos com espectro de autismo e multideficiência. Dispõe ainda de um ginásio, um refeitório, uma biblioteca, gabinetes de coordenação e salas polivalentes.

Este Centro Escolar funciona em horário de regime normal.

A população escolar, de cerca de quatrocentos e cinquenta alunos, é muito heterogénea, incluindo etnia cigana, estrangeiros e crianças de vários extratos sociais.

Neste estabelecimento de ensino trabalham cerca de quarenta profissionais, desde os assistentes operacionais aos docentes, para que tudo possa correr dentro da normalidade, tendo sempre em vista a formação, o bem-estar e a segurança das crianças que usufruem deste espaço.

2.1.3 – CARATERIZAÇÃO DA TURMA

A turma onde o aluno com HDA se encontra inserido, é constituída por vinte alunos, dos quais doze são rapazes e oito raparigas, com idades compreendidas entre os oito e os dez anos.

São crianças muito enérgicas, apesar de, quando chamadas à atenção, obedecerem a ordens e cumprirem regras. São alunos sociáveis e não revelam agressividade, sendo muito colaborantes e prestáveis. É uma turma bastante coesa e com vontade de se entreajudarem.

Relativamente à aprendizagem, manifestam, em geral, gosto e interesse pelo saber. Estes alunos revelam diferentes ritmos de aprendizagem, mostrando ser uma turma heterogénea. No entanto, globalmente, trata-se de crianças com boas capacidades cognitivas, evidenciando a aquisição dos conteúdos lecionados, mesmo que em tempos diferenciados.

Os alunos provêm, na sua maioria, de um estrato social médio-baixo, em que cinco dos encarregados de educação concluíram o ensino secundário e apenas três têm habilitações superiores; os restantes completaram o segundo ciclo ou apenas o primeiro ciclo de escolaridade. Denota-se um grande apoio por parte da maioria dos encarregados de educação, para a obtenção de bons resultados escolares, sendo assíduos nas reuniões de atendimento aos encarregados de educação.

2.1.4 – CARATERIZAÇÃO DO ALUNO

O aluno que motivou a realização deste estudo nasceu em 2003, tendo neste momento nove anos e encontra-se matriculado no 3º ano de escolaridade.

Frequentou a pré-primária e ingressou no 1º Ciclo no ano letivo de 2009/2010. No ano seguinte, passou ao 2º ano, tendo continuado na mesma escola. Contudo, dado não estar a acompanhar as competências previstas como seria desejável, foi elaborado um Plano de Recuperação.

Em simultâneo, a professora sinalizou este aluno ao Serviço de Pediatria, Consulta Externa – Desenvolvimento e Dificuldades de Aprendizagem, do Hospital de Santo André – Leiria, por considerar que o aluno revelava muitas dificuldades ao nível das áreas da Língua Portuguesa e da Matemática, associadas ao défice atencional e imaturidade.

Após a avaliação médica, apresentava exame neurológico normal. Visão e audição sem alterações. Contudo, preenchia nove critérios de desatenção e sete critérios de

impulsividade/hiperatividade, de acordo com DSM-IV para diagnóstico de PDAH. De acordo com a escala de Conners, apresentada aos pais e professores, revelou com nível de desatenção moderadamente atípico, (excesso de atividade motora apenas ligeiramente atípico). Iniciou medicação com Metilfenidato em dezembro de 2010, tendo mostrado boa resposta e sem efeitos adversos.

No seguimento da avaliação do referido Plano de Recuperação, no final do ano letivo 2010/2011, concluiu-se que seria benéfico ficar retido, pois não tinha atingido as competências mínimas.

No ano letivo 2011/2012, o aluno passou a frequentar o Centro Escolar de Alcobaça. Apenas neste início de ano, foi entregue à professora titular de turma o relatório médico, referente à avaliação médica. Seguidamente, foi elaborado um Formulário de Referenciação. Posteriormente, o aluno passou a ser abrangido pelo Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, por se considerar que apresentava limitações significativas na atividade e participação, em especial ao nível da leitura e da escrita.

2.2 – ANÁLISE DOCUMENTAL

Para Lakatos e Marconi (citados por Muriel, 2006; p.70) a análise documental “... é a fase da pesquisa realizada com o intuito de recolher informações prévias sobre o campo de interesse.”

Abramowicz et al. (1987; p.5) consideram que:

...a análise documental, embora pouco explorada, permite a coleta de dados através de consulta a uma imensa variedade de materiais, escritos ou não, tais como: cartas, memorandos, planejamentos, relatórios, livros, textos didáticos, enfim, os *documentos* em geral, cujas informações contribuirão para uma apreensão abrangente e em profundidade dos fenômenos estudados.

A etapa da análise documental foi bastante fácil, dado que os documentos foram facultados com agilidade e sem restrições. Foi, por isso, possível aceder aos documentos constantes no processo individual do aluno (Relatório da Informação Clínica do aluno, sugestões para Professores – Anexo I, Formulário de Referenciação – Anexo II, Relatório Técnico-Pedagógico, Programa Educativo Individual, Relatório de Final de Ano, Plano de Recuperação, Plano de Acompanhamento e Registos de Avaliação), bem como Projeto Curricular de Turma e as atas de Grupo de Ano. Parte destes documentos encontram-se em anexo.

2.3 – ENTREVISTA

Para Bogdan e Biklen (1994), a entrevista é considerada um processo familiar, feita de uma forma quase irrefletida. É um diálogo com uma determinada intenção entre duas ou mais pessoas, sendo orientado por uma dessas pessoas.

Segundo Fiorentini e Lorenzato (2007, p.120) “a entrevista, é, nas ciências sociais, o procedimento mais usual no trabalho de campo. Trata-se de uma conversa a dois com propósitos bem definidos.” Os mesmos autores defendem que, para “além de permitir uma obtenção mais direta e imediata dos dados, serve para aprofundar o estudo.”

Para esta etapa foi solicitada a colaboração da professora de Educação Especial que acompanha este aluno desde abril de 2012. Este pedido de colaboração surgiu após a tomada de conhecimento que a professora tem dado apoio ao aluno desde que este passou a ser abrangido pelo Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro. Por se considerar que a docente seria uma das pessoas habilitadas a fornecer informação relevante sobre o aluno, procedeu-se à elaboração da entrevista (Apêndice II) e à realização da mesma (Apêndice III). Esta entrevista teve como objetivo tentar perceber o comportamento do aluno nos momentos em que a professora de EE o acompanha e das suas relações interpessoais.

2.4 – QUESTIONÁRIO

Para Amaro et al. (2005), um questionário é extremamente útil quando o investigador deseja recolher informação sobre um determinado tema. Por outro lado, o questionário também se revela uma fonte de informação importante pela facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas num espaço de tempo relativamente curto.

As mesmas autoras defendem que, na elaboração de um questionário, é necessário pensar nas habilitações do público-alvo a que vai ser aplicado. As questões devem ser bem organizadas, de um modo claro para quem as responde. É de evitar questões ambíguas, irrelevantes, desinteressantes, confusas e/ou complexas.

O questionário é então um tipo de instrumento de recolha de dados que deve ser concebido de uma forma criteriosa e cuidadosa, para que se possa tornar um instrumento válido, (Santos e Candeloro, 2006).

As autoras atrás referidas consideram que “as questões formuladas podem ser abertas e fechadas.” (Santos e Candeloro, 2006, p.77) As questões abertas permitem que o inquirido exprima as suas ideias e opiniões, utilizando uma linguagem própria. Nestas, ele

pode expressar, fazer comentários com palavras suas, sobre os diferentes itens que lhe são apresentados. Nas questões fechadas, poderá escolher de entre as opções apresentadas, a resposta que melhor exprime a sua opinião.

É ainda de referir que, de acordo com Rea (citado por Lopes, 2006), deve ser aplicado um pré-teste do questionário, pois assim as perguntas pouco claras podem ser mais facilmente identificadas, permitindo posteriormente a reformulação das mesmas. Com este trabalho, está-se a proceder à validação do questionário e a facilitar o processo de pesquisa.

O questionário do presente estudo foi elaborado com doze questões fechadas e cinco questões abertas. Com este questionário tentou perceber-se qual a percepção que os colegas têm do aluno com PHDA e o que fazem para que o mesmo se sinta integrado, quer na sala de aula quer no recreio. Após a aplicação do pré-teste do questionário a uma pequena amostragem de alunos, concluiu-se que seria necessário fazer uma revisão. Consequentemente, procedeu-se a um ajuste nalgumas questões e na linguagem aplicada no documento, tornando-a mais acessível à faixa etária dos alunos.

Depois da sua reformulação, o questionário foi aplicado à turma onde o aluno com HDA está inserido.

2.5 – ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS

Segundo Bogdan e Bilken (1995; p.205), a análise de dados é um “processo de busca e de organização sistemático de (...) materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão”.

Este processo poderá unificar-se em diferentes fases:

- Organização dos dados;
- Divisão dos dados em unidades manipuláveis;
- Procura de padrões;
- Descoberta de aspetos importantes.

Coutinho (2011) refere que na investigação qualitativa, o carácter indutivo da pesquisa empírica leva a uma ligação contínua entre o problema e os dados nas diferentes fases de desenvolvimento do estudo que está a ser elaborado.

A análise e interpretação de dados nestes planos, torna-se, por isso mesmo, uma tarefa tão crucial quanto *problemática* e por dois motivos: em primeiro lugar porque os dados podem tomar formas tão diversificadas (...). Em segundo lugar (...) na investigação quantitativa era fácil distinguir com clareza as duas fases de recolha,

por um lado e de análise de dados por outro; tal distinção é difícil de conseguir na investigação qualitativa, uma vez que ambas as fases se afetam mutuamente e se completam. (Coutinho, 2011, p. 192)

Deste modo, após a recolha de dados o pesquisador encontra-se perante um conjunto de respostas, que necessitam de ser ordenadas e organizadas, para que possam ser analisadas e interpretadas.

Após a recolha dos diferentes dados, tentou fazer-se um levantamento da informação mais importante, com a finalidade de ver se os objetivos propostos neste trabalho tinham sido alcançados.

De seguida, apresentam-se algumas das ilações que foram obtidas com o presente estudo.

2.5.1 – DADOS DE OPINIÃO DA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

No que respeita à entrevista com a professora de Educação Especial foi possível constatar que:

O trabalho realizado com a professora inseria-se numa metodologia de um para um, não havendo espaço para interação com os pares;

Inicialmente, o aluno apresentava uma baixa autoestima, devido às suas fracas capacidades ao nível da leitura e da escrita;

O trabalho desenvolvido visou a melhoria das competências académicas ao nível das áreas atrás referidas, objetivo este que tem vindo a ser alcançado;

Concomitantemente, houve uma melhoria da autoestima do aluno, bem como da sua autoimagem;

O aluno revelou-se sempre empenhado e trabalhador;

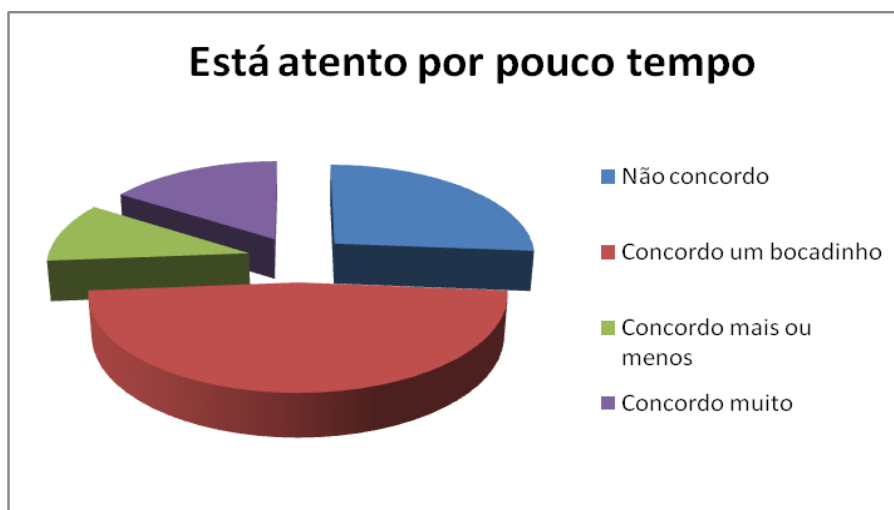
A família apoiou o aluno, o que serviu de incentivo e reforço ao trabalho desenvolvido por este;

A professora de EE admitiu a sua falta de conhecimento, no que se refere à interação do aluno com os seus pares e vice-versa, concluindo que deve fazer alguns ajustes na sua prática docente.

2.5.2 – DADOS DE OPINIÃO DOS PARES

Relativamente ao questionário apresentado aos colegas, foi possível concluir que:

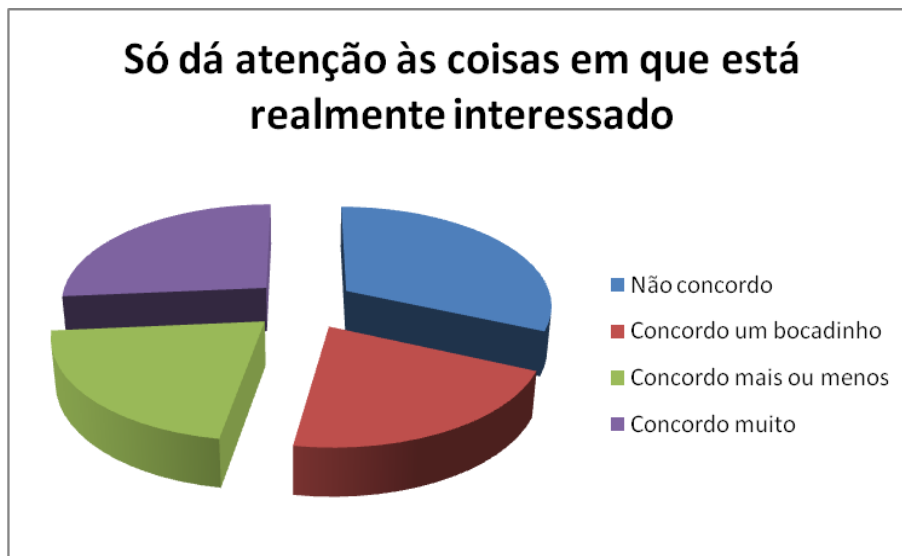
A maioria dos colegas concorda ligeiramente que o tempo de atenção do aluno com PHDA é curto, quase um quarto dos alunos não concorda na totalidade e a percentagem de alunos que concorda na totalidade é de cerca de 10%.



Relativamente ao quadro seguinte, as opiniões são bastante similares ao quadro anterior, diminuindo a percentagem de alunos que concorda que o colega está atento por pouco tempo.



Neste quadro, os alunos repartiram as suas opiniões de uma forma bastante homogénea pelos quatro parâmetros em avaliação.



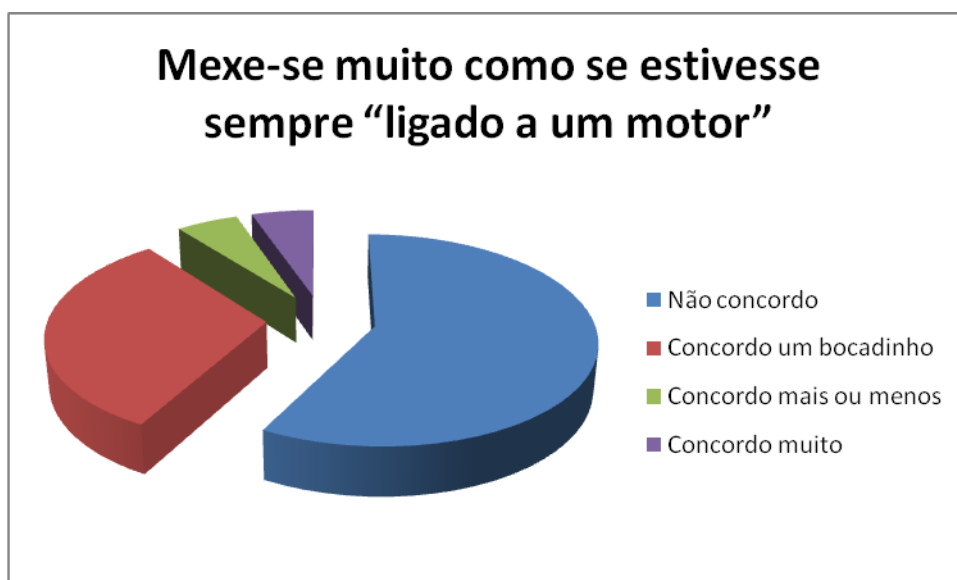
Quanto a este aspeto, os colegas maioritariamente optaram pela não concordância com esta afirmação.



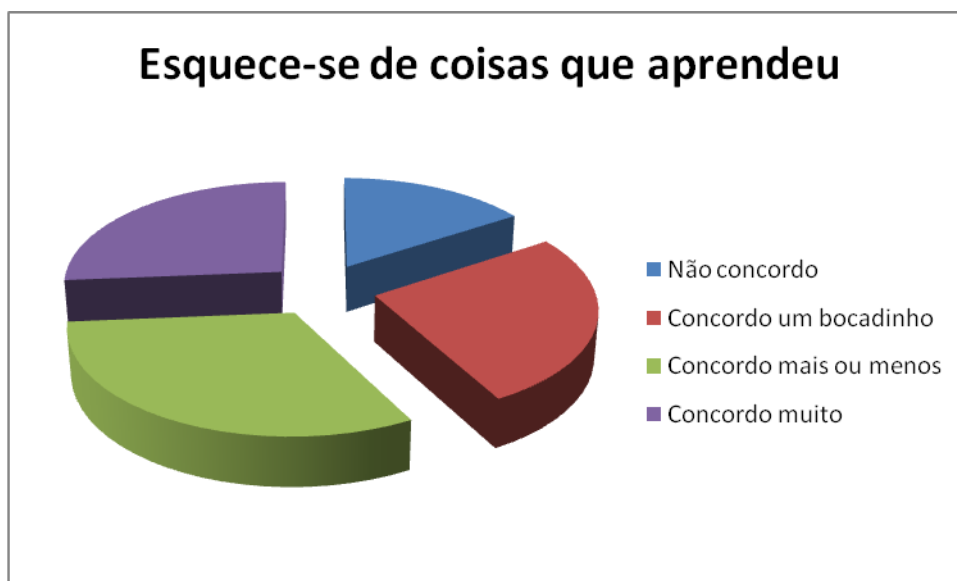
Da mesma forma que, no item anterior, responderam não concordando, neste reafirmam essa mesma posição.



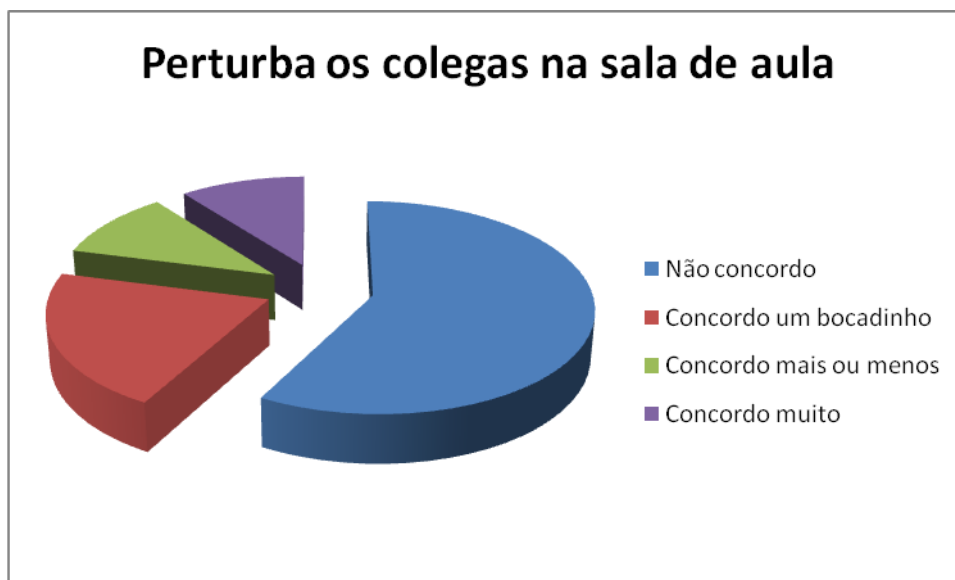
Tal como nos dois itens anteriores, os colegas também não concordam, na sua maioria, que o colega se mexe muito. Tal situação poderá estar relacionada com o facto de o aluno ser medicado, apresentando uma certa calma, ao longo do dia.



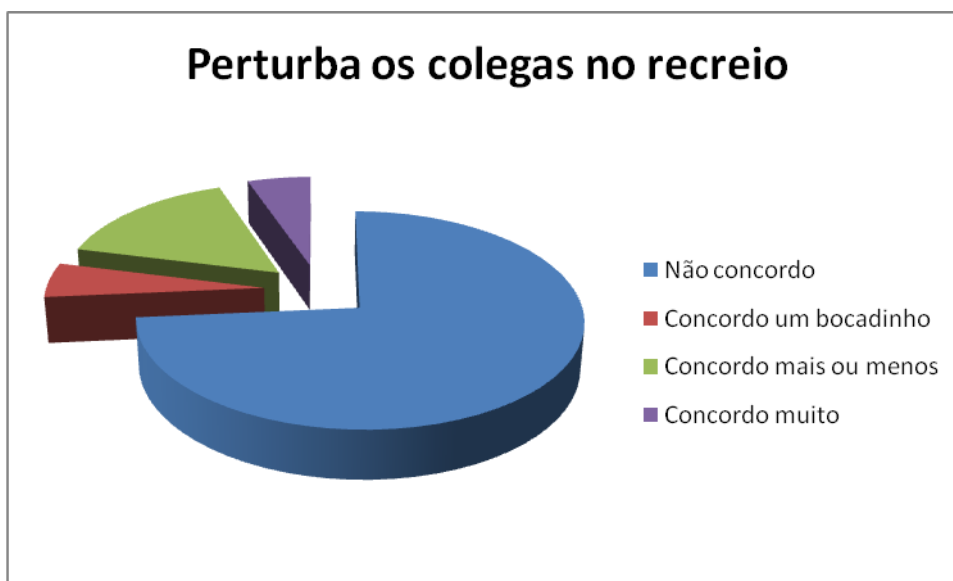
Neste item, pode considerar-se que o somatório dos alunos que concordam “mais ou menos” e “muito”, abrange a maioria da opiniões.



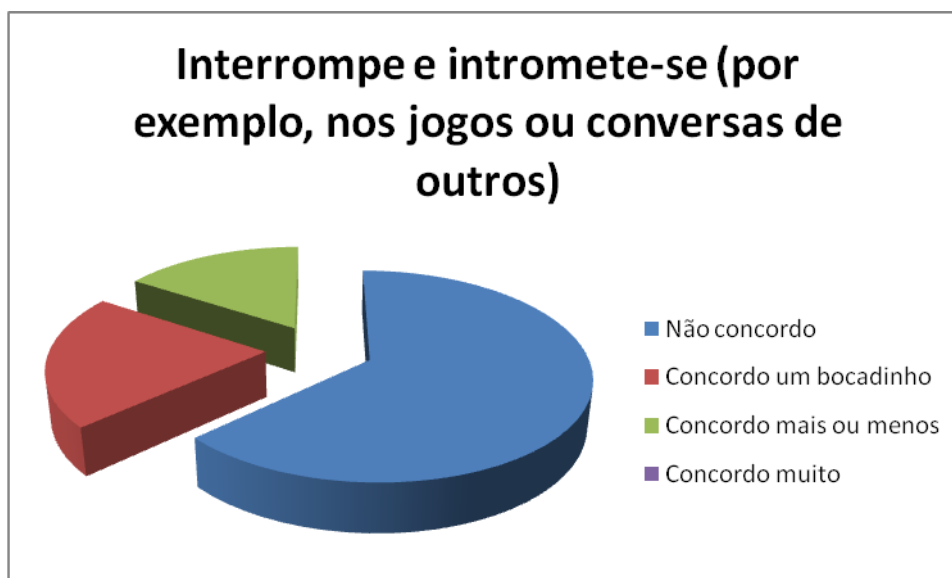
Volta a denotar-se uma grande quantidade de colegas (58%) que não concorda com a afirmação feita sobre o aluno perturbar os colegas em contexto de aula.



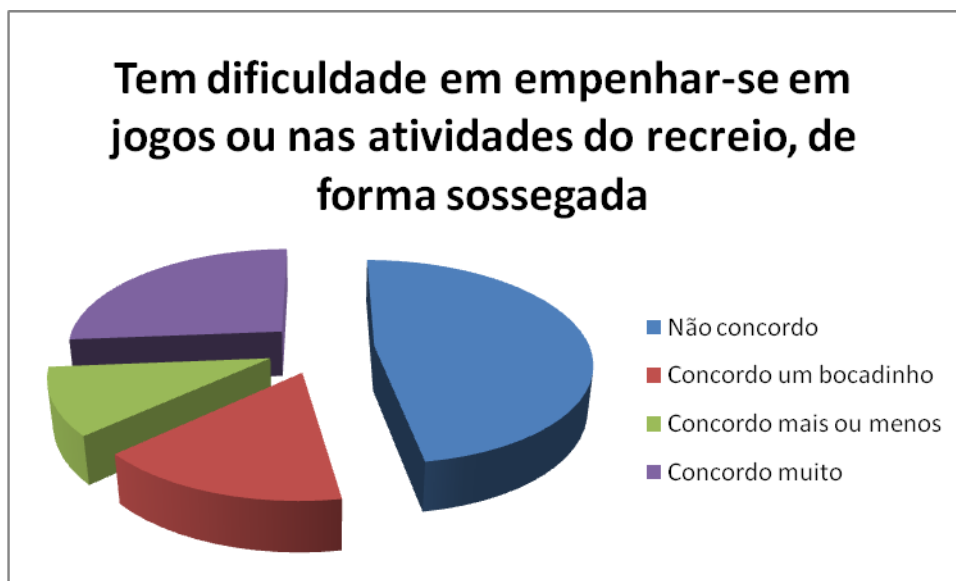
Da mesma forma que no tópico anterior, a percentagem da não concordância neste quadro é claramente dominante, cerca de 74%.



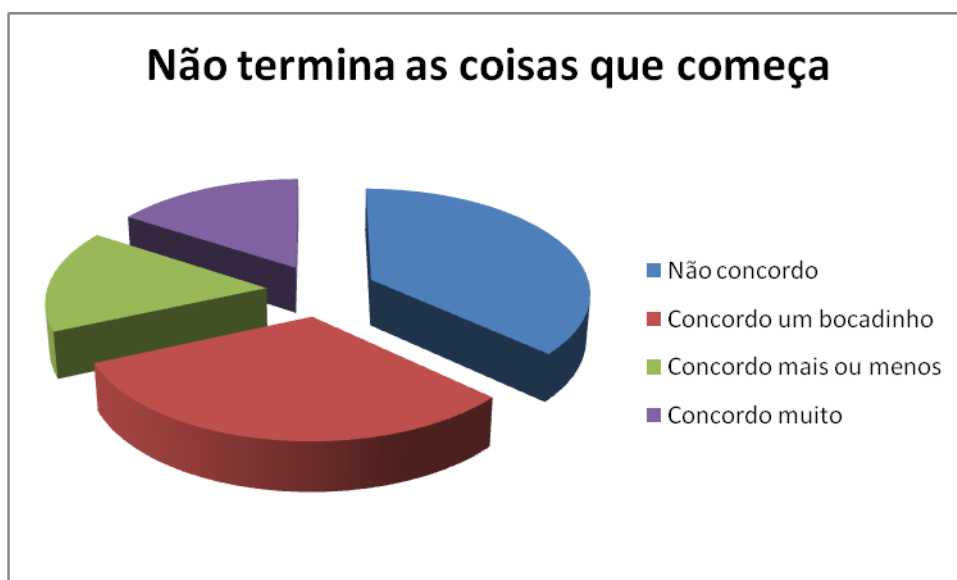
À semelhança do sucedido no quadro atrás referenciado, uma elevada percentagem dos colegas não concorda que ele interrompa ou se intrometa nas brincadeiras e nas conversas.



Relativamente a este campo, o empenho do aluno é visto por cerca de metade da turma como sendo regular, embora os restantes colegas considerem que ele tem dificuldade em se empenhar nas diferentes tarefas.



Quanto ao facto de terminar as suas tarefas, o somatório dos parâmetros “concordo um bocadinho”, “concordo mais ou menos” e “concordo muito”, constituem a maior percentagem de opiniões, como comprova o quadro seguinte.



No que se refere às questões abertas, concluiu-se que, relativamente ao que cada um dos alunos faz para ajudar o aluno com HDA, prestar-lhe ajuda quando este tem dificuldades foi a resposta predominante. Algumas das expressões usadas pelos colegas:

- “Esclareço-lhe as dúvidas.”
- “Ajudo-o quando ele tem dificuldade a ler.”
- “Ajudo-o sempre que precisa.”
- “Ajudo-o a escrever e a ler aquilo que ele às vezes não sabe.”
- “Ajudo-o a fazer os trabalhos.”
- “Ajudo-o quando ele tem dificuldades.”
- “Tento esclarecer as dúvidas e explicar os jogos.”
- “Quando ele tem dúvidas, eu ajudo-o e ele também me ajuda a mim.”
- “Quando ele tem dúvidas, eu explico-lhe.”
- “Para o ajudar, não o deixo copiar os trabalhos, mas explico-lhe o que deve fazer.”

No recreio, a interação destas crianças continua e no tipo de observações feitas, embora diferentes, é de salientar sempre a vontade de ajudar:

- “Tenho brincado com ele e às vezes ensino-o a dizer melhor as palavras.”
- “Ajudo-o a não se distrair quando a professora sai da sala.”
- “No recreio, digo-lhe para ter mais atenção nas aulas.”
- “Ajudo-o a não se meter em brigas e a concentrar-se.”
- “Digo-lhe para estar atento e não se distrair.”
- “Tenho-lhe dito para ter mais atenção nas aulas.”

No que respeita à questão “Como achas que tu e os teus colegas se relacionam com este aluno?”, todos fazem referência ao bom relacionamento existente.

- “Todos nós nos damos bem com ele.”
- “Relacionamo-nos bem.”
- “Entendemo-nos bem.”
- “Relacionamo-nos bem, porque temos de ajudar quem tem dificuldades.”
- “Relacionamo-nos bem com ele e ajudamo-lo quando ele precisa.”
- “Às vezes, ele chateia-se um pouco.”
- “Damo-nos bem com ele.”
- “Damo-nos bem com ele e ele connosco.”
- “Podemos confiar nele e nas promessas que faz.”
- “Nós ajudamo-lo.”
- “Damo-nos todos bem e às vezes chamamo-lo à atenção.”

- “A relação é igual à que temos com os outros colegas.”
- “Na turma, todos nos damos bem com ele.”

A maioria dos alunos refere que é salutar a presença de crianças com PHDA na sala de aula, pois: “Quando ele está distraído, a professora chama-o à atenção e os que estão desatentos, também se concentram mais, por isso é bom.” “É bom tê-lo na sala, porque a professora repete as coisas mais vezes e nós ouvimos de novo.” “Por um lado, é bom porque como a professora repete, nós revemos a matéria, mas por outro lado é aborrecido, porque temos de repetir tudo.” “É bom, porque podemos ajudá-lo e é como se fossemos a professora.” “Nós aprendemos a ajudar os outros.”

Existe igualmente a ideia, reveladora, nestas crianças, de sentido de tolerância e respeito pela diferença, de que “eu vejo os alunos com HDA como os outros, porque eles não são diferente dos outros.”

No que concerne ao tratamento dado pela professora a esta criança, uma parte dos alunos afirma que: “Às vezes, a professora ralha-lhe, para ele não se distrair.” “É bem tratado pela professora.” “Eu acho que a professora faz o melhor que sabe para ajudar o colega.” “É tratado com respeito.” “Ele é muito bem tratado pela professora, mas quando ela o chama à atenção, é para o bem dele.” “É tratado de uma forma boa e simpática.” “Este aluno é bem tratado pela professora, ela ajuda-o e fá-lo entender as coisas.” “A professora ajuda-o e esforça-se muito.” “A professora dá-se muito bem com ele.” “A professora é amiga dele.” “Este aluno é tratado pela professora como os outros alunos.”

Quando questionados sobre se queriam acrescentar alguma coisa, os alunos não fizeram grandes observações, mas destacam-se as seguintes: “Eu gosto muito deste colega e é bom ajudá-lo.” “Eu acho que ele tem dado tudo por tudo para trabalhar.” “Acho que este colega consegue integrar-se bem com os outros colegas no recreio.” “Eu acho que é uma mais-valia para a nossa turma.” “Eu acho que este colega se entende bem com os outros colegas e as outras pessoas.” “Quero acrescentar que os meninos com HDA têm as mesmas coisas do que os outros, são iguais, mas estão menos atentos.”

Depois de analisar as respostas dadas pelos colegas, pode concluir-se que este aluno se sente perfeitamente integrado na turma em que está inserido, o que se deve ao facto de se tratar de uma turma bastante unida. Embora sejam alunos competitivos entre si, fazem-no de uma forma salutar, revelando uma grande coesão quando se trata de auxiliar os outros. Quanto à entrevista com a professora de EE, concluiu-se que a mesma tem pouco conhecimento da interação entre pares. Contudo, reconheceu este lapso, afirmando que irá tentar melhorar esta sua intervenção junto do aluno, uma vez que tem consciência da importância de uma boa relação do aluno com os colegas da turma.

Pode considerar-se que este aluno é aceite pelos seus pares e que revela competências sociais, pois adota comportamentos considerados adequados pelos pares. É um aluno que cumpre regras e rotinas na sala de aula. Para além disso, interage com os colegas no recreio, demonstrando interesse em participar nas brincadeiras e jogos dos colegas, conseguindo fazê-lo sem se intrometer ou interromper de forma desastrosa e incomodativa. Os colegas aceitam-no com naturalidade e sem o verem como “diferente”.

2.6 SÍNTESE REFLEXIVA DOS RESULTADOS

Com este trabalho pretendeu-se conhecer e compreender qual a perceção que os alunos de uma sala de aula regular têm de um colega com PHDA e até que ponto, estes são os facilitadores para uma verdadeira inclusão. Tendo conhecimento das opiniões dos pares, mais facilmente o docente pode melhorar a sua prática e assim beneficiar os alunos com NEE.

Killoran (2005) defende que para haver uma aceitação de todos os alunos nas classes regulares é importante que exista uma forte colaboração de todos os intervenientes, onde se inclui os pares dos alunos com NEE.

Face aos dados antes apresentados importa agora apresentar uma breve síntese reflexiva dos resultados obtidos, tendo como referência os objetivos propostos para a presente investigação.

2.6.1 – COMPORTAMENTO DO ALUNO NA SALA DE AULA E RECREIO

De acordo com o presente estudo pode analisar-se que os colegas consideram que este aluno com PHDA, não apresenta um comportamento que seja perturbador, nem na sala de aula, nem do recreio. Pode, então, dizer-se que o aluno não tem dificuldade em se comportar de uma maneira socialmente apropriada para a sua idade. Esta observação contraria o que Selikowitz (2010) afirma, pois este autor considera que é provável que a criança com PHDA leve se comporte de um modo desadequado, para que possa chamar à atenção dos outros.

2.6.2 – RELAÇÃO DO PROFESSOR COM O ALUNO

Relativamente à percepção que os alunos têm da forma como o professor trata o aluno, pode considerar-se que a docente da turma procura encontrar estratégias de ensino que motivem o aluno com PHDA e os restantes alunos da turma, pois essas estratégias poderão beneficiar todo o grupo.

2.6.3 – INTERAÇÃO DO ALUNO E OS SEUS PARES NO RECREIO E NA SALA DE AULA

Relativamente à interação do aluno com os pares e vice-versa, quer no recreio, quer na sala de aula, considera-se que é muito positiva, o que é muito importante para o desenvolvimento da criança, pois, “a interação positiva com os pares promove o desenvolvimento cognitivo e emocional, o crescimento de competências interpessoais, as atitudes, a estabilidade e a competência social.” (Lopes et al., 2011, p.27)

2.6.4 – DIFICULDADES NO PROCESSO DE INCLUSÃO ACADÉMICA E SOCIAL DO ALUNO

Mais uma vez contrariado a opinião de Selikowitz que afirma “Entre os pares, esta criança destaca-se por ser bastante diferente” (p.100), este aluno revela ter um bom relacionamento com os colegas, os quais o aceitam como ele é, não o consideram como diferente, não havendo consequentemente rejeição. Os colegas veem-no como “um deles”, como sendo parte integrante do grupo, não havendo por isso espaço para a exclusão. Não havendo por isso dificuldades no processo de inclusão. Apesar de terem consciências das limitações académicas do aluno, os pares procuram ajudá-lo.

A atitude atrás descrita, por parte dos colegas, vai de encontro ao que Stainback e Stainback (2007) sustentam, afirmando que os alunos podem agir como defensores dos seus companheiros, participando em situações de trabalho em equipa.

2.6.5 – DESCRIÇÃO DOS PARES RELATIVAMENTE AO RENDIMENTO ACADÉMICO DO SEU COLEGA COM PHDA

Como no ponto anterior foi referido, os colegas têm noção das dificuldades de aprendizagem do aluno com PHDA. Contudo, estão sempre prontos a colaborar, no sentido do colega não se atrasar nos decorrer dos trabalhos. Alguns colegas afirmam mesmo que o chamam à atenção para se concentrar no que está a fazer.

No decorrer deste trabalho, foram aplicadas algumas das estratégias mencionadas, sendo uma delas a aprendizagem cooperativa. A qual se revelou uma mais-valia, pois estando em pequeno grupo, como defendem Sosin e Sosin (2010) mais facilmente se obtém sucesso no trabalho, pois o aluno consegue concentrar-se mais e melhor.

2.6.6 – O QUE PENSA O ALUNO SOBRE O SEU PRÓPRIO PROCESSO DE APRENDIZAGEM E INTERAÇÃO

O aluno tem plena consciência das suas limitações e esforça-se para as tentar colmatar. Este aluno, tal como Selikowitz afirma, sente “imensas dificuldades no seu desempenho diário devido aos problemas de atenção...” (2010, p.85). Daí que tenha tendência para sentir que está a falhar e critica-se a si próprio, afirmando “eu não sou capaz!”. Por outro lado, e de acordo com o autor atrás referido, o aluno não se consegue valorizar, tendo por isso uma má opinião sobre si próprio.

2.6.7 – O QUE PENSAM OS PARES SOBRE O PROCESSO DE INCLUSÃO DO SEU COLEGA COM PHDA

Perante o trabalho colaborativo que os alunos têm aplicado com o seu colega, pode considerar-se que é benéfico a inclusão de crianças com PHDA. Este grupo de alunos, revelou-se sempre prestável e com vontade de colaborar no processo de integração deste aluno. Isto vai de acordo com o que Stainback e Stainback declaram que o trabalho preparado entre professores e os colegas dos alunos com NEE, será um enorme benefício, pois irá facilitar a adaptação e aceitação por parte do grupo de um aluno com especificidades próprias. Ao terem um papel interventivo na preparação do ingresso de alunos com NEE na turma, os pares desenvolvem o seu sentido de responsabilidade aumentando e facilitando a inclusão.

CONCLUSÃO

A desordem de défice de atenção é um tema que cada vez mais preocupa pais, professores e educadores em geral, uma vez que se sabe que a longo prazo tem consequências importantes, afetando a vida escolar e social das crianças. Daí a pertinência de um diagnóstico desta perturbação o mais cedo possível, para poder ajudar a colmatar algumas lacunas.

No desenvolvimento deste trabalho, fez-se uma contextualização da problemática atrás referida, para melhor se compreender o assunto.

Inicialmente realizou-se uma revisão bibliográfica para se fazer um enquadramento da escola inclusiva, a qual, segundo Ainscow (citado por Rodrigues, 2003), deve ser a que dá “uma resposta mais convincente à inserção das crianças com Necessidades Educativas Especiais na escola e na sociedade em geral.”

A escola inclusiva ideal será aquela que tenha um significado mais alargado e que passe a ser encarada como uma escola para todos, porque no íntimo, todos somos especiais e todos temos características específicas que nos distinguem uns dos outros. A escola inclusiva será aquela que atende a cada um dos alunos, respeitando o seu ritmo, os seus atributos, a sua cultura, os seus valores. Permitirá, assim, o crescimento gradual da identidade de cada um dos alunos, contribuindo para que cada um encontre o seu próprio lugar na sociedade. Se isto for conseguido, estar-se-á a diminuir a desigualdade entre crianças.

Considerando que o professor tem um papel fundamental a desempenhar no processo de ensino/aprendizagem, é da máxima importância que os docentes procurem manter uma atualização permanente, com vista a superar as lacunas que vão surgindo na prática desta profissão tão nobre. Igualmente, irão acompanhando o processo de evolução de uma sociedade que se encontra em permanente mutação.

Antecipadamente, sabe-se que irão ser encontrados inúmeros obstáculos na procura de uma escola que se deseja inclusiva, designadamente ao nível da formação insuficiente (tanto ao nível da formação inicial, como da formação contínua), da falta de recursos (humanos, materiais e físicos), acrescendo ainda a falta de políticas educativas que sirvam de suporte à prática docente (na sua maioria estão desajustadas e têm por base fins economicistas).

Mas se houver vontade, o professor conseguirá, passo a passo, mudar. Para isso “é necessário saber partilhar informações, ensinar novas competências e saberes, bem como mudar atitudes”, como refere Ainscow (citado por Rodrigues, 2003).

Ainda de acordo com Rodrigues (2003) “torna-se urgente desenvolver nos professores uma consciência epistemológica que os leve a questionar práticas, a refletir

sobre elas, a implementar formas de trabalho colaborativo entre professores e entre estes e os alunos...”.

Após a tomada de consciência da importância do papel do professor, é fundamental também conhecer e perceber a importância das inter-relações das crianças. Como é que estas se percebem entre si?

Sabendo-se que a percepção social tem por base as interações sociais, é então crucial desenvolver de uma forma produtiva as relações entre pares, pois, de acordo com Lopes *et al.* (2011) a “interação positiva com os pares promove o desenvolvimento cognitivo e emocional, o crescimento de competências interpessoais, as atitudes, a estabilidade e a competência social.”

Para se tentar ajudar as crianças com Desordem de Défice de Atenção, importa conhecer bem esta temática, a qual se caracteriza de uma forma muito resumida “pelo inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos, por impulsividade e/ou hiperatividade” (Parker, 2003).

Daí que, neste estudo, tenha sido feita uma pesquisa sobre DDA, com vista a poder encontrar estratégias que possam ajudar e beneficiar o rendimento académico e social de alunos com esta perturbação.

Com base no enquadramento teórico, foi possível passar ao terreno e tentar ver até que ponto a teoria se aplica à prática.

Concluiu-se que o aluno que foi a base deste trabalho, com PHDA diagnosticada, está bem integrado na turma e é aceite pelos pares como sendo um deles. Pode dizer-se que este aluno beneficia de inclusão!

Por tudo o que no decorrer do trabalho foi referido, pode afirmar-se que uma boa aceitação por parte dos colegas, é fundamental para que possa existir inclusão. O papel dos pares é da máxima importância para o sucesso deste aluno. Daí que se tenha optado por trabalhar num sistema colaborativo. Os colegas que estão junto do aluno, são bons modelos, pois considera-se que “o exemplo é o melhor ensinamento e a criança com PHDA, irá beneficiar se imitar o comportamento das crianças à sua volta” (Selikowitz, 2010, p.179). Por outro lado, e ainda segundo o mesmo autor, se o aluno estiver sentado junto de crianças, bem comportadas e com bons hábitos de trabalho, terá menos razões para se distrair, podendo assim potenciar o seu desempenho académico. Para além disso, pode ainda tirar-se partido da aproximação de alunos, com as características atrás referidas, pois o professor poderá incentivar a entajuda e a aprendizagem cooperante.

Mas será que esta situação é sempre assim? Os pares aceitam sempre as crianças com PHDA? Ou haverá situações de rejeição?

Estas questões ficam em aberto, podendo vir a ser alvo de estudo noutra ocasião, pois persiste a certeza de que muito ficou por analisar e escrever.

As vivências e experiências com sucesso ou fracasso, presentes no dia-a-dia da criança com DDA irão contribuir para a avaliação que o aluno faz de si próprio. Daí a importância de se tentar, sempre que possível, dar um reforço positivo aos alunos.

Em termos gerais, resta recordar que, quando se trabalha com uma criança com DDA, nunca devemos subestimar as suas capacidades. Por norma, trata-se de alunos competentes, mas com grande necessidade de se sentirem inseridos num ambiente de trabalho que os incentive, os inspire e os mantenha concentrados.

Apoiando estes alunos, está-se a trabalhar para que toda a turma possa fazer uma verdadeira aceitação do problema, contribuindo assim para uma escola inclusiva.

LINHAS EMERGENTES DE PESQUISA

Com base na reflexão sobre os processos e resultados inerentes á presente pesquisa sugerem-se algumas linhas de pensamento que poderão dar corpo a futuras investigações:

- a) O que podem fazer os alunos de uma turma para que os alunos com NEE se sintam integrados e incluídos nesse grupo de trabalho?
- b) Qual o papel do professor da turma para que o aluno com NEE se sinta bem adaptado?
- c) O qual o papel do professor de Educação Especial no processo de inclusão, quando o trabalho desenvolvido com os alunos com NEE é fora da sala de aula regular?
- d) O que poderá vir a ser melhorado para que a inclusão seja uma realidade para todos os alunos?

Quem sabe se num futuro próximo estas questões não poderão vir a se objeto de estudo?

FONTES DE CONSULTA

BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowicz, M., Elias, M. D. C. & Silva, T. N. (1987). *A Melhoria do Ensino nas 1^{as} Séries*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária.
- Alfaiate, C. (2009). *Impacto da perturbação de hiperactividade com défice de atenção (subtipo combinado) no funcionamento neuropsicológico: Estudos de validade com a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- André, M. E. (2008). *Etnografiada Prática Escolar*. São Paulo: Editora Papirus.
- Barkeley, R. (2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: Handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Bicca, L. (2003). *Questões Persistentes*. Rio de Janeiro: 7Letras
- Boavida, J., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998). *A criança hiperativa*. Coimbra: Centro de Desenvolvimento da Criança do HPC.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borges, S. (2007). *Há um fogo queimando em mim: As representações sociais da criança hiperactiva*. São Paulo: Editorial Presença.
- Chotão, J. B. (Dir.). *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira*. Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. (1998). ISBN 972-22-1850-6 (Vol. 1-26).
- Cordinha, A., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: Diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577-89.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora
- Correia, L. M, Martins, A. P. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (Org.) (2003). *Educação Especial e Inclusão*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Costa, F. (1992). *O que é a sociologia?*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.

- Cruz, V. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem, Fundamentos*. Coleção Educação Especial 4. Porto: Porto Editora.
- Declaração de Salamanca. (1994). *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade*. Salamanca: UNESCO.
- Fiorentini, D. & Lorenzato, S. (2007). *Investigação em Educação Matemática – Percursos Teóricos e Metodológicos*. Campinas – SP: Editores Autores Associados.
- Fernandes, A. (2001). *Perturbação de hiperactividade com défice de atenção*. Acta Pediátrica Portuguesa, 32, 91-98.
- Fernandes, E., & António, J. (2004). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 451-454.
- Ferreira M. (2004). *A gente gosta é de brincar com os outros meninos!* Porto: Edições Afrontamento.
- Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 7-41.
- Fonseca, V. (2004). *Dificuldades de Aprendizagem, Abordagem Neuropsicológica e Psicopedagógica ao Insucesso Escolar*. Lisboa: Âncora Editores.
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade*. Prevenção, avaliação e tratamento na infância. Lisboa: McGraw-Hill.
- Hübner, M. M., (1998). *Guia para a Elaboração de Monografias e Projectos de Dissertação de Mestrado e Doutoramento*. São Paulo: Thomson
- Killoran, I. (2005). Um Caminho Menos Percorrido. In Nenevé, M. & Proença, M. (org.) – *Educação e Diversidade: Interfaces Brasil-Canadá*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kirk, S.A., e Gallagher, J. J. (2002). *Crianças com Distúrbios de Aprendizagem. A Educação da Criança Excepcional*. São Paulo: Editora Martins Santos.
- Knoll, L., (1982). Lisboa: Printer Portuguesa.
- Kutscher, M. (2011). *Crianças com Síndromes Simultâneas*. Porto: Porto Editora.
- Lambert, E. (2002). *Terapia da Amizade*. São Paulo: Editora Pensamento.
- Lima, R. (2000). *Linguagem Infantil da Normalidade à Patologia*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Lopes, J. (1996) *Dificuldades de Relacionamento com Grupo de Pares, Necessidades Educativas Especiais e Inclusão Educativa*. Livro de Actas do II Congresso Galaico – Português de Psicopedagogia, Vol. I, Universidade do Minho.
- Lopes, J. (2003). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, J. A.; Rutherford, R. B.; Cruz, M. C.; Mathur, S. R. & Quinn, M. M. (2011) *Competências Sociais: Aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Lourenço, M. (2009). *Hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial não publicada, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Marchesi, Á. (2001). A Prática das Escolas Inclusivas. In Rodrigues, D. (org.) *Educação e Diferença – Valores e Práticas para Uma Educação Inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Moreira, L. (2009). *Alterações de comportamento na perturbação bipolar e na perturbação de hiperactividade e défice de atenção: Contributo para o diagnóstico diferencial*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Muriel, R. (2006). *Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI – Análise do Processo de Implementação*. Espírito Santo: Hoper Editora.

Nunes, M., & Werlang, B. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta: Aspectos familiares e escolares. *Conscientiae Saúde*, 7(2), 207-216.

Odom, S. L. (2007). *Alargando a roda – A inclusão de crianças com necessidades educativas especiais na educação pré-escolar*. Porto: Porto Editora.

Parker, H. C. (2011). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade – Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Pinto, M.C. (2009). *Intimidade em Adolescentes de Diferentes Grupos Étnicos*. Lisboa: Editorial Ministério da Educação.

Ramalho, J. (2009). *Psicologia e psicopatologia da atenção*. Braga: Edições APPACDM.

Raposo, N.V., Bidarra, M. G. e Festas, M. I., (1998). *Dificuldades de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta

Rebelo, J. (1997). Como ajudar alunos com hiperactividade nas escolas. *Psychologica*, 19, 165-198.

Rodrigues, D. (Org.). (2003). *Perspectivas Sobre a Inclusão – Da Educação à Sociedade*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, D. (Org.). (2006). *Educação Inclusiva. Estamos a Fazer Progressos?* Lisboa: FMH Edições.

Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção. *Diversidades*, 6 (21), 9-18

Salgueiro, E. (1983). O nascimento da instabilidade. In G. Pedro (Ed.), *Actas do Simpósio internacional “Nascer e Depois”* (pp. 159-170). Lisboa: Milupa Portuguesa, Lda.

Scandar, R. (2007). *Inquietos, distraídos, diferentes? Orientação e conselhos para pais, educadores e professores de crianças com défice de atenção e hiperactividade*. Coleção Educadores. Buenos Aires: Editora EDIBA.

Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Lisboa: Texto Editores.

Serra, H.; Nunes, G. e Santos, C. (2005). *Avaliação e diagnóstico em dificuldades específicas de aprendizagem – Pistas para uma Intervenção Educativa*. Porto: Edições ASA.

Silva, M. (1997). Avaliação intervenção em crianças com distúrbio hiperactivo por défice de atenção. *Integrar*, 13, 15-20.

Sim-Sim, I. (2005). *Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da Criança ou da Escola?*. Porto: Texto Editores.

Simões, M. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico na perturbação de hiperactividade com défice de atenção: Entrevistas. *Psychologica*, 19, 43-109.

Sosin, D. & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.

Stainback, S. & Stainback, W. (2007). *Aulas Inclusivas: Un nuevo modo de enfocar y vivir el currículo*. Madrid: Narcea Ediciones

Stake, R. E. (2005). *Investigación com estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.

Verba.M. & Musatti.T (1989). *European Journal of Psychology of Education*, vol. IV, nº 2

Taylor, E. (2007). *People with hyperactivity: Understanding and managing their problems*. London: Mac Keith Press.

WEBGRÁFICAS

Maia, M., & Varejão, C. (s/d). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção: Um guia para professores. <http://www.slideshare.net/paulovasco/manual-phda>. Acedido em dezembro de 2011.

Cardoso,V. D., Bastilha, R. R. Inclusão de alunos com necessidades especiais na escola: reflexões acerca da Educação Física Adaptada. <http://www.efdeportes.com>. Acedido em dezembro de 2011.

<http://www.apdch.net> Acedido em 2012.

Amaro, A. , Póvoa, A. e Macedo,L. (2005) A arte de fazer questionários. <http://www.icpaiva.net/getfile.php?cwd=ensino/cadeiras/metodol/20042005/894dc/f94c1&f=a9308>. Acedido em setembro de 2012)

Boivin M. A origem das dificuldades nas relações entre pares na primeira infância e seu impacto sobre a adaptação e o desenvolvimento psicossocial das crianças. In: Tremblay

RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011:1-8. <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/BoivinPRTxp1pdf>. Acedido em setembro de 2012.

Odom SL. Competências sociais entre pares de crianças pequenas com necessidades especiais. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011:1-6. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/OdomPRTxp1.pdf>. Acedido em setembro de 2012.

Etnografia. In Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2012. [http://www.infopedia.pt/\\$etnografia](http://www.infopedia.pt/$etnografia). Acedido em 8 de outubro de 2012.

Percepção. In Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2012. [http://www.infopedia.pt/\\$percepcao](http://www.infopedia.pt/$percepcao). Acedido em 22 de setembro de 2012.

Pereira, S. (2005). *Distúrbio de hiperactividade e défice de atenção: Algumas estratégias de intervenção na sala de aula*. Disponível em: <http://clip2net.com/clip/m10480/1222332424-3ab9a-524kb.pdf>. Acedido em dezembro de 2011.

Rossetto, E. (2004). *Processo de Inclusão: um grande desafio para o século XXI*. <http://revistas.facecla.com.br/index.php/reped/article/view/499/388>. Acedido em agosto de 2012.

Souza, L. N., Alcântara, M. S. e Cabral, A. P. (2010). *Inclusão de alunos com necessidades especiais na escola*. <http://www.efdeportes.com/efd141/inclusao-nas-escolas-publicas-do-ensino-regular.htm>. Acedido em 3 de agosto de 2012.

<http://www.presidentekennedy.br/rece/trabalhos-num3/artigo09.pdf>. Acedido em 05 de fevereiro de 2012.

Stevanato, I. S., Loureiro, S. R., Linhares, M.B.M. e Marturano, E. M. (2003). *Auto-conceito de Crianças com Dificuldades de Aprendizagem e Problemas de Comportamento*. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a09.pdf>. Acedido em 17 de junho de 2012.

http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=38. Acedido em outubro e novembro de 2012.

LEGISLATIVAS

Decreto – Lei nº 319/91 de 23 de Agosto de 1991 (1991). Educação Especial.

Despacho Conjunto nº 105/97 de 1 de Julho.

Decreto – Lei nº 6/2001 de 18 de Janeiro de 2001 (2001). Reorganização Curricular do Ensino Básico.

Despacho nº 10856/05 de 13 de Maio.

Decreto - Lei nº 20/2006 de 31 de Janeiro.

Decreto – Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro de 2008 (2008). Educação Especial.

Despacho nº 101/2009 de 26 de Maio de 2009 (2009). Actualização das normas para elaboração e apresentação de teses e dissertações na ULHT

APÊNDICES

Apêndice I – Declaração de Autorização dos Encarregados de Educação

Pedido de colaboração

No âmbito de um estudo etnográfico inserido na dissertação de mestrado, na área da Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, cujo tema é: “Inclusão de Aluno com Hiperatividade e Défice de Atenção: A Perceção dos Pares”, solicito autorização para apresentar um questionário ao seu educando.

Esta pesquisa é importante, pois permitirá compreender melhor uma temática que se torna cada vez mais comum nas crianças do nosso dia a dia. Com vista a ajudar a superar algumas dificuldades com que nos confrontamos na prática docente, peço a sua colaboração, pois da realização deste estudo poderão vir a ser beneficiados outros alunos.

Mais informo que:

Nas publicações relacionadas com o estudo, todas as pessoas envolvidas serão tratadas de forma anónima.

Durante e após a recolha de dados, nenhuma informação pessoal será transmitida a terceiros.

Os membros da equipa de pesquisa serão os únicos a ter acesso aos dados brutos.

Certa da sua compreensão,

Atenciosamente

Declaração de autorização

Eu, Encarregado de Educação, do aluno _____, autorizo que o mesmo participe no estudo etnográfico cujo tema é: “Inclusão de Aluno com Hiperatividade e Défice de Atenção: A Perceção dos Pares”.

Alcobaça, ____ de outubro de 2012

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

Apêndice II – Roteiro da entrevista com a professora de Educação Especial

Introdução à entrevista

A entrevista que, de seguida, vou realizar é um instrumento de trabalho que visa perceber melhor o aluno X, o qual está a ser objeto de estudo num trabalho cujo tema é “Inclusão de aluno com Hiperatividade e Défice de Atenção: a Percepção dos Pares”

O objetivo desta entrevista é uma recolha de ideias que pretende conhecer melhor o aluno e qual o processo de inclusão a que tem sido sujeito.

A informação recolhida será apresentada no relatório de Investigação-Ação do Mestrado em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor.

As respostas que vier a dar serão anónimas e confidenciais. Assim sendo, peço-lhe que exprima a sua opinião sincera acerca das questões que lhe irei colocar.

Agradeço desde já toda a disponibilidade que revelou ao colaborar.

1. Quais são as suas habilitações académicas?
2. Qual a escola onde leciona?
3. Há quantos anos se encontra nesta escola?
4. Quanto tempo de serviço tem?
5. Todo ele na Educação Especial?
6. Se não, quanto tempo na EE?
7. É a primeira vez que trabalha com alunos com DDA/H?
8. Que tipo de comportamento apresenta o aluno com DDA/H na sala de aula e no recreio?
9. Como lida com o aluno em termos pedagógicos?
10. Quais as dificuldades no processo de inclusão académica e social do aluno?
11. Quais têm sido as estratégias utilizadas para que a inclusão seja efetiva?
12. Que tipos de interação desenvolvem os pares com este aluno em sala de aula?
13. Que tipo de interação se verifica no recreio entre o aluno e os pares e vice-versa?
14. Como descrevem os pares o rendimento académico do seu colega com HDA?
15. O que acha o aluno sobre o seu próprio processo de aprendizagem e de interação com os colegas?
16. Qual a opinião dos pares sobre o processo de inclusão, em geral, do seu colega com HDA?
17. Quer acrescentar mais alguma coisa?

Apêndice III – Protocolo da entrevista à professora de Educação Especial

Introdução à entrevista

A entrevista que, de seguida, vou realizar é um instrumento de trabalho, com vista a perceber melhor o aluno que está a ser alvo de estudo, inserido num trabalho cujo tema é “Inclusão de aluno com Hiperatividade e Défice de Atenção: a Perceção dos Pares”.

O objetivo desta entrevista é uma recolha de ideias que pretende conhecer melhor o aluno e obter informações sobre o processo de inclusão a que tem sido sujeito.

A informação recolhida será apresentada num estudo etnográfico do Mestrado em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor.

As respostas que vier a dar serão anónimas e confidenciais. Assim, peço-lhe que exprima a sua opinião sincera acerca das questões que lhe irei colocar.

Agradeço desde já toda a disponibilidade que revelou ao colaborar.

Entrevistador: A primeira pergunta que lhe vou fazer é então... Quais são as suas habilitações académicas?

Entrevistado: As minhas habilitações académicas... a habilitação de base é educadora de infância, curso tirado na escola do antigo Magistério Primário, de Caldas da Rainha. Depois, tirei a licenciatura em Educação de Infância, na Escola Superior de Educação de Leiria. Posteriormente, tirei a especialização, em Lisboa, na Universidade Moderna, uma Pós-Graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor.

Entrevistador: A escola onde leciona ...é?

Entrevistado: Neste momento, leciono no Agrupamento de Escolas de Cister, no Centro Escolar de Alcobaça.

Entrevistador: Há quanto anos se encontra nesta escola? Eu sei que este Centro Escolar tem apenas dois anos...

Entrevistado: Na escola de Alcobaça, para aí... uns oito... pelo menos, oito anos!

Entrevistador: Quanto tempo de serviço é que tem?

Entrevistado: Tenho trinta e nove anos de serviço.

Entrevistador: Todo na área da Educação Especial?

Entrevistado: Não... não... não! Tenho vinte e um... Não! Primeiro, tenho cinco no 5º ano, o antigo 5º ano do ciclo preparatório. Depois, tirei o curso de educação de infância. Tenho vinte e um anos em educação de infância, educadora de infância, numa aldeia aqui perto, aqui a 10 km e depois, desde que tirei a especialização, é que estou na educação especial.

Entrevistador: Portanto, há oito anos?!

Entrevistado: Há oito anos!

Entrevistador: É a primeira vez que trabalha com alunos com DDA/H?

Entrevistado: Não... não... não!

Entrevistador: Que tipo de comportamento apresenta o aluno com DDA/H na sala de aula e no recreio? Penso que na sala de aula, talvez não seja tão fácil de falar, dado que ele normalmente é apoiado num espaço próprio...

Entrevistado: Exatamente! Na sala de aula e no recreio... não estou muito presente. Poderei falar aqui de uma relação de um para um. No recreio e na sala de aula, não... não sei.

Entrevistador: Agradeço que me diga então nesse aspeto, de um para um... Como lida com o aluno em termos pedagógicos?

Entrevistado: Em termos pedagógicos, lido com o aluno... primeiro reforçando muito a autoestima. Dar-lhe sempre um reforço, porque o aluno, a nível da autoestima estava bastante em baixo, quando começou aqui. Porque, de facto, ao nível da turma não sabia ler nem escrever. E ele sentia-se mal, não é? Ele é muito trabalhador, é um aluno trabalhador, muito trabalhador! Quando tem intervenção aqui, trabalha sempre muito. No fim da intervenção, combinámos ele escolher sempre nos últimos dez minutos ou quarto de hora, dez minutos, ele escolhe realizar uma atividade da sua preferência. Normalmente, ele gosta muito de puzzles, construir puzzles, fazer puzzles. É uma das atividades que ele escolhe mais. De resto, não tenho problemas, porque o aluno é muito colaborante e neste momento encontra-se já com medicação, portanto, muito concentrado.

Entrevistador: Eu peço desculpa porque, provavelmente, me falhou, neste tipo de questões, perguntas do género... Quanto tempo é que dedica a este aluno? Ele está na sala de aula e com que regularidade é que ele vem aqui?

Entrevistado: Este ano?

Entrevistador: Pode começar pelo ano passado...

Entrevistado: O ano passado ele tinha três tempos semanais.

Entrevistador: Três tempos de quarenta e cinco minutos?

Entrevistado: Mais, mais...ele tinha uma hora, mais ou menos, ou hora e meia. Este ano só tem dois tempos de quarenta e cinco minutos. Um tempo! Um tempo de quarenta e cinco minutos. O número de alunos que me foi atribuído é significativamente maior e o aluno, neste momento, só tem um tempo de quarenta e cinco minutos por semana. O ano passado tinha uma intervenção muito mais intensa. O trabalho que foi feito anteriormente, refletiu-se e começa a ser mais leve, na medida em que ele já tem mais conhecimentos.

Entrevistador: Em relação às dificuldades no processo de inclusão académica, não só académica, mas também social do aluno, apercebeu-se que houvesse alguma... que ele fizesse alguma observação no sentido de não ser aceite pelo grupo?

Entrevistado: Este aluno, ao nível dos pares, sentia uma certa inferioridade, porque estava aquém dos colegas a nível da leitura e da escrita. Portanto, ele a nível dessas competências era muito fraco e ele sentia, porque é um aluno bastante esperto e sentia que estava aquém dos colegas. Eu penso que ele, logicamente, sentia-se mal perante os seus pares.

Entrevistador: Então nesse sentido, vou-lhe perguntar quais têm sido as estratégias que utilizou para que a inclusão deste aluno seja efetiva, dado que ele se sentia um pouco inferiorizado?

Entrevistado: Ora bem... O problema do aluno era a leitura e a escrita. Ele nunca conseguiu ter o mecanismo da leitura, nem da escrita. Portanto, aqui, na minha intervenção, foi apenas e unicamente a nível de competências de leitura e escrita. Iniciei com o método global, visto que com o método analítico não tinha conseguido. Já tinha uma retenção no segundo ano. Começámos pelo método global e ele teve uma facilidade imensa. Isto era dado intensivamente. Cada caso que era dado, ele levava um trabalho para casa, que fazia com a colaboração do pai ou da mãe. Muito motivado, muito contente e foi um sucesso! Não demos o método todo, porque a intervenção foi durante pouco tempo. O aluno só entrou para a Educação Especial em abril/maio de 2012. O tempo foi pouco. Mas o que deu, apreendeu. Neste momento, está a ser dada continuidade ao método.

Entrevistador: Apesar de eu saber que, no fundo, faz a intervenção fora da sala de aula, gostava de saber a percepção que tem da interação que desenvolvem os pares com este aluno em sala de aula.

Entrevistado: Talvez seja um lapso, mas eu não sei muito bem responder. Penso que os colegas não o gozam. Ele é muito autónomo. Está muito bem comigo. Anda contente. Anda feliz. Mas em relação aos colegas, eu aí... não sei muito bem. Penso que ele deve ter melhorado. Ele melhorou muito a sua autoestima!

Entrevistador: Qual o tipo de interação que há no recreio, entre o aluno e os pares e vice-versa?

Entrevistado: É uma escola muito, muito grande! Com quatrocentos e tal alunos. Eu também estou muito sobrecarregada e não tenho muito presente para lhe estar a responder. Apenas está estipulado que vou um dia por semana ao recreio.

Entrevistador: Sabe como é que os pares descrevem o rendimento académico do seu colega com HDA?

Entrevistado: Em relação aos pares, não sei. Tenho falado com o pai. Não conheço a mãe! Relativamente aos pares, não sei! Não tenho falado com a professora titular de turma. Mas é um facto que vou registar e começar a melhorar.

Entrevistador: O que acha o aluno sobre o seu próprio processo de aprendizagem e de interação com os colegas?

Entrevistado: Ele leva sempre um trabalhinho para casa. Quando chega aqui, ao meu apoio, vem sempre muito contente dizer o que fez, com quem fez. E realmente faz sempre tudo o que lhe é pedido. Vejo que ele está muito contente.

Entrevistador: Quer acrescentar mais alguma coisa?

Entrevistado: Posso falar um pouco sobre a evolução do aluno. Ele teve uma retenção no 2º ano. Devido a um Défice de Atenção e Concentração muito grande, o professor, (não nesta, foi noutra escola que ele frequentava) iniciou o processo de leitura, passou-lhe ao lado. Passou-lhe ao lado e, como eu costumo dizer, ele “perdeu o comboio”. “Perdeu o comboio” e nunca mais o apanhou. Ficou retido, mas nunca mais “apanhou o comboio”. Entretanto começa a ser medicado para a Atenção/Concentração, ele não começou logo. Começou no final do 2º ano (do primeiro 2º ano). Mas ele já tinha “perdido o comboio”. Aqui, quando ele começa a ser medicado e quando começa do princípio, com um método do princípio, ele começa a acompanhar e está muito bem. Podemos concluir que, com a medicação adequada, com um trabalho intenso e com apoio individual ao aluno, ele conseguiu colmatar as grandes dificuldades de leitura e escrita. Ao nível das funções do corpo, foi avaliado em Leiria, e não tinha défice cognitivo nenhum. Era só ao nível da leitura e da escrita.

Entrevistador: Muito obrigada pela sua colaboração!

Apêndice IV – Questionário a apresentar aos alunos

Depois de te explicar o que é a Desordem por Défice de Atenção e como é que se caracteriza, penso que poderás responder a algumas perguntas que te vou colocar.

De seguida, peço-te que preenchas o questionário apresentado em baixo com a tua opinião sobre o teu colega que revela Défice de Atenção. A tua resposta é confidencial; conto, por isso, com a tua sinceridade.

Recorre à seguinte escala para poderes indicar a forma como concordas com cada uma das afirmações constantes neste questionário.

1 – Não concordo

2 – Concordo um bocadinho

3 – Concordo mais ou menos

4 – Concordo muito

Questionário:

Preenche alguns dados sobre ti:

Idade: _____

Ano de escolaridade: _____

Sexo: F ☐ M ☐

A. Marca a tua escolha com um círculo ○

1	Está muitas vezes desatente e distrai-se facilmente	1	2	3	4
2	Está atento por pouco tempo	1	2	3	4
3	Só dá atenção às coisas em que está realmente interessado	1	2	3	4
4	Não consegue esperar a sua vez de falar	1	2	3	4
5	Não se interessa pelo trabalho escolar	1	2	3	4
6	Mexe-se muito, como se estivesse sempre ligado a um motor	1	2	3	4
7	Esquece-se de coisas que aprendeu	1	2	3	4
8	Perturba os colegas na sala de aula	1	2	3	4
9	Perturba os colegas no recreio	1	2	3	4
10	Interrompe e intromete-se (por exemplo, nos jogos ou nas conversas dos outros)	1	2	3	4
11	Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou atividades do recreio, de forma sossegada	1	2	3	4
12	Não termina as coisas que começa	1	2	3	4

Vira a folha, se fazes favor!

B. Responde às perguntas seguintes no espaço respetivo:

1. O que tens feito para ajudar o teu colega?

2. Como achas que tu e os teus colegas se relacionam com este aluno?

3. Qual a tua opinião sobre a presença de alunos com DDA nas salas de aula?

4. Como é que este aluno é tratado pela professora?

Muito obrigada pela tua colaboração!

ANEXOS

Anexo I – Relatório médico do aluno

HOSPITAL
SANTO
ANDRÉ
LEIRIA

Hospital de Santo André, epe – Leiria

SERVIÇO DE PEDIATRIA

CONSULTA EXTERNA – DESENVOLVIMENTO E

DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

Relatório

DN: 2003-07-03

Utente nº 030703M3

Arquivo nº 178424

Problemas/Diagnósticos: PDAH (sub-tipo desatento); Dificuldades globais de aprendizagem.

Criança sinalizado à Consulta de Desenvolvimento em Junho de 2010 pela E. B. 1 de Bemposta por revelar muitas dificuldades de aprendizagem nas áreas de Língua Portuguesa e Matemática, associadas a falta de atenção/concentração e imaturidade.

Na avaliação pedagógica realizada em Março de 2011, o aluno teve uma participação irregular, revelando-se imaturo nas atitudes, e demonstrando claro desinteresse por certas áreas (leitura e escrita). Foi pouco persistente na execução das tarefas e demonstrou dificuldades em manter a atenção. Foram usados os seguintes instrumentos:

- **Figura Humana – Goodenough draw a person**, com resultado acima da média para a sua idade;
- **Matrizes Coloridas de Raven**, que avalia a cognição não verbal sem interferência com factores culturais, com resultado acima da média para a sua idade;
- **Figura de Rey**, que avalia a percepção, estruturação e memória visual, com resultados muito acima da média, tanto na cópia, como na representação por memória;
- **TROG**, que avalia a linguagem compreensiva, com resultado dentro da média para a sua idade;
- **Teste de Memória de Dígitos**, com resultados dentro da média para a sua idade (4 dígitos em sentido normal e 2 em sentido inverso);
- **Prova de avaliação das competências de leitura**, onde revelou muitas dificuldades em ler um pequeno texto de 28 palavras. Efectuou uma leitura muito lenta (8 palavras por minuto), muito silabada e insegura, não conseguindo ler os casos especiais de leitura. Cometeu muitas incorrecções: confusões, repetições, hesitações, omissões e substituições. Para uma avaliação da compreensão, fez-se uma nova leitura com ajuda do adulto, tendo conseguido retirar informação do texto e desenvolver conclusões de forma elementar;
- **Provas de avaliação da ortografia e expressão escrita**, onde apenas conseguiu escrever correctamente palavras do tipo CVCV e CVCVCV, não sendo capaz de aplicar nenhum dos casos especiais de leitura. Na expressão escrita apenas redigiu frases simples, com vocabulário muito restrito;

- **Provas de avaliação de competências matemáticas**, onde identificou números até à centena, fez contagens de 2 em 2 e de 5 em 5, ordenou números por ordem crescente, aplicou os sinais $>$, $<$ e $=$, e efectuou adições e subtracções simples (sempre com concretização). Revelou dificuldades no cálculo mental, em ordenar números por ordem decrescente, e na resolução de situações problemáticas.

Na avaliação médica apresentava exame neurológico normal. Visão e audição sem alterações. Preenchia 9 critérios de desatenção e 7 critérios de impulsividade/hiperactividade de acordo com DSMIV para diagnóstico de PDAH. Conners dos pais e professores com nível de desatenção moderadamente atípico (excesso de actividade motora apenas ligeiramente atípico). Iniciou medicação com Metifenidato em Dezembro/2010 com boa resposta e sem efeitos adversos.

Em resumo, o manifesta dificuldades na aprendizagem a nível do cálculo mental e da resolução de situações problemáticas, e de forma mais acentuada e grave na aquisição das competências de leitura e escrita. Estas dificuldades não são resultantes de défice cognitivo, sendo importante acompanhar a sua evolução e proceder-se a uma reavaliação das suas dificuldades específicas ao nível da leitura e escrita.

Em resumo, e de acordo com a **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF)**, apresenta limitações nas seguintes categorias:

Funções do Corpo							
Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
b140 Funções da atenção			X				
<i>b16701 Funções da recepção da linguagem escrita</i>				X			
<i>b16711 Funções da expressão da linguagem escrita</i>				X			
b172 Funções do cálculo			X				

Plano:

O deverá trabalhar os processos básicos de leitura e escrita (reconhecimento/descodificação e compreensão de palavras, correspondência grafema/fonema, análise explícita das palavras em unidades fonológicas) visando o desenvolvimento de competências e treino das áreas deficitárias: leitura e escrita.

As actividades deverão ser de curta duração, com fraccionamento das actividades adaptando-as ao tempo de concentração da criança, e aumento progressivo da complexidade e duração das tarefas. É importante o uso de reforço positivo sempre que possível e o estabelecimento de objectivos claros e ao alcance da criança, de forma a melhorar a sua auto-estima.

Para uma efectiva concretização deste plano, recomenda-se o apoio individualizado/personalizado e a aplicação das medidas consideradas mais adequadas de acordo com o Dec – Lei nº 3 de 2008, nomeadamente Adequações no Processo de Avaliação, no que diz respeito à durabilidade das provas (aumento do tempo), tolerância e desvalorização do erro (ortográfico), e testes adaptados (menos extensos e com mais informação visual não escrita, a linguagem dos enunciados deverá ser constituída por frases simples e as questões formuladas deverão ser de estrutura familiar, anteriormente trabalhada nas aulas e já utilizada

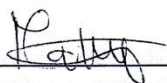
nas fichas formativas). As questões dos testes poderão ser de escolha múltipla, exercícios de correspondência ou preenchimento de lacunas.
Mantém medicação com Metilfenidato e seguimento em consulta.

Leiria, 27 de Julho de 2011

A Médica Pediatra:

 2530

O Professor Especializado:



Anexo II – Formulário de referenciação

	Agrupamento de Escolas Frei Estêvão Martins – Alcobaça	 Direção Regional de Educação de Lisboa
---	---	---

FORMULÁRIO DE REFERENCIAÇÃO

ANO LECTIVO 2011/2012

Entidade ou Pessoa Responsável pela Referenciação: Professora Titular de Turma –

Data de Referenciação: 21 de dezembro de 2011

Nome:

Data de Nascimento: **3 de julho de 2003**

Morada:

Telf.:

Nível de Educação ou Ensino ☐ Pré-Escolar ☒ 1º CEB ☐ 2º CEB ☐ 3ºCEB

Ano de Escolaridade: **2º** Turma: **D**

Outra Situação _____

MOTIVO DA REFERENCIAÇÃO

Do processo do aluno, consta um relatório das Consultas de Desenvolvimento do Hospital de Santo André, onde lhe foi diagnosticado um défice de atenção. O aluno apresenta dificuldades em se manter concentrado e atento ao que está a ser trabalhado, independentemente do assunto abordado. Na sala de aula, em certos momentos, fica ausente, parecendo estar completamente alheado de tudo o que o rodeia, tendo que ser chamado à atenção para se concentrar e focalizar a sua atenção ao que está a ser dito e/ou feito no momento.

Quanto às áreas curriculares, o aluno revela maior dificuldade na língua portuguesa. Ao nível da leitura, apresenta muitas dificuldades, não tendo ainda assimilado o mecanismo da

leitura. Quanto à escrita, dá erros ortográficos com frequência. Para além disso, também apresenta uma caligrafia pouco legível. Nas restantes áreas académicas é um aluno mediano, embora pouco participativo. Quando estão a ser introduzidos novos conteúdos, o aluno nem sempre os assimila, o que, a meu ver, se deve ao facto de nem sempre estar atento quando se trabalha em grande grupo.

Este aluno já está a beneficiar de um plano de acompanhamento, apesar de ainda não conseguir acompanhar o programa como seria desejável.

Assim, depois de analisado todo o seu processo, considero pertinente a elaboração deste formulário de referenciação para a Educação Especial, que tem como objetivo encontrar a melhor solução para o aluno.

A professora:

Tomei conhecimento

Assinatura do Director _____

Data ____/____/____