

**ANA CRISTINA DE AQUINO SOARES CAVALEIRO
MARTA REI**

**INTERVENÇÃO DOS DOCENTES NO SUCESSO
ESCOLAR DE ALUNOS COM PERTURBAÇÃO
DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO**

Orientador: Professor Doutor Nuno Mateus

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2014

**ANA CRISTINA DE AQUINO SOARES CAVALEIRO
MARTA REI**

**INTERVENÇÃO DOS DOCENTES NO SUCESSO
ESCOLAR DE ALUNOS COM PERTURBAÇÃO
DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO**

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação no Curso de Mestrado em Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Orientador: Professor Doutor Nuno Mateus

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2014

Dar sentido ao trabalho escolar é aumentar o seu interesse, isto é, apelar para uma pedagogia ativa, aberta às realidades exteriores, mobilizadora da experiência, dos saberes, dos interesses e dos projetos dos alunos. (Perrenoud,1985)

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais que ao longo do meu percurso de vida, me ensinaram e transmitiram sempre os verdadeiros valores e princípios com que hoje se rege a minha existência. É graças a esses ensinamentos que hoje luto por aquilo em que acredito, estando ciente de que é com pequenos passos que se constrói a história e por isso enquanto professora é meu papel garantir que todos os meus alunos que necessitam de aprendizagens especiais possam ter direito a ela da melhor maneira possível.

Para além dos meus pais, dedico este trabalho também à minha filha, Lúcia, por todo o tempo, que embora perto, estive tão “afastada” dela.

Agradecimentos

O trabalho desenvolvido resultou da participação direta ou indireta de uma série de pessoas, todas elas fundamentais para que este esforço se tornasse realidade. Deixo aqui, a minha gratidão a todas essas pessoas especiais e maravilhosas que fazem parte da minha vida, pois foi graças aos seus ensinamentos, colaboração e motivação que hoje sou a pessoa que sou.

Agradeço ao Professor Doutor Nuno Mateus, meu orientador, por todo o apoio, paciência, dedicação, conhecimentos transmitidos, partilha de materiais e documentos, ajuda prestada e disponibilidade manifestada. Foi para mim um exemplo de profissionalismo.

Ao Francisco, que fez parte deste estudo, sem o qual a parte prática deste trabalho não teria sido possível e por me ter demonstrado que vale a pena acreditar em nós próprios.

A todos os professores que colaboraram com este estudo e sem os quais não seria possível desenvolver o trabalho a que me propus.

Ao meu marido, por me ter mostrado que eu era capaz, e que cuidou da nossa bebé enquanto eu estava “distante”.

Obrigada minha filha, Lúcia, pelo teu sorriso que me enche de coragem e me ajuda a vencer mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, agradeço do fundo do coração, todo o carinho, compreensão e amor ilimitado que sentem por mim. Pelo apoio constante, fosse este emocional ou económico ou apenas logístico, pela grande dedicação e pela constante orientação para a vida.

Ao meu irmão Carlos pela ajuda incondicional no tratamento estatístico dos dados deste trabalho, sem a qual não seria possível concluí-lo.

Resumo

Atualmente, nas escolas deparamo-nos cada vez mais com alunos que afetam o desenvolvimento equilibrado da sala de aula. É importante que os professores considerem que o comportamento desadequado pode ser o sintoma de um distúrbio que se denomina Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA).

Esta investigação pretendeu ser um instrumento de trabalho para os professores, de forma a tornar possível o processo de ensino e aprendizagem um sucesso para o aluno com PHDA e sensibilizar os docentes para uma problemática que vai muito para além de uma irrequietação, agressividade e falta de regras dos alunos.

Este estudo foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo constou uma abordagem teórica acerca dos conceitos de inclusão, Necessidades Educativas Especiais (NEE), PHDA, foram apresentadas estratégias de intervenção, defendidas por alguns autores, para alunos com esta perturbação. No segundo capítulo foi descrita a metodologia do estudo de caso, apresentados os objetivos da investigação e os instrumentos de recolha de dados, questionário e observação direta. No terceiro capítulo foram apresentados os dados obtidos e feita a sua análise.

Nas considerações finais, foi possível conhecer as estratégias que contribuem para o sucesso escolar do aluno com PHDA, a relação existente entre as variáveis género, idade, habilitações, situação profissional dos docentes com a perceção destes acerca da inclusão do aluno com PHDA numa turma regular, a relação entre a inclusão e o rendimento escolar do aluno e apresentadas as limitações do estudo e os possíveis caminhos de investigação futura. Por fim a bibliografia que serviu de base a este estudo, apresentadas de acordo com as regras da APA (American Psychological Association).

Palavras-Chave: Hiperatividade; inclusão; professores; intervenção; sucesso.

Abstract

Currently, schools are faced increasingly with students that affect the balanced development of the classroom. It is important that teachers consider this inappropriate behavior as a symptom of a disorder that is called Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

This investigation was intended to be a working tool for teachers, to make possible the process of teaching and learning a success for the student with ADHD and sensitize teachers to a problem that goes far beyond a restlessness, aggressiveness and lack of rules of students.

This study was divided into three chapters. In the first chapter comprised a theoretical approach on the concepts of inclusion, Special Educational Needs (SEN), ADHD, intervention strategies, advocated by some authors for students with this disorder were presented. In the second chapter was described the methodology of the case study, presented the objectives of the research and the instruments of data collection, questionnaire and direct observation. Data was presented and taken its analysis in the third chapter.

In the conclusion, it was possible to know the strategies that contribute to the academic success of students with ADHD, the relationship between the variables gender, age, qualifications, professional status of teachers with these perceptions about the inclusion of students with ADHD in a regular class the relationship between inclusion and academic performance of the student and presented the study's limitations and possible paths for future research. Finally the bibliography that was the basis of this study, presented in accordance with the rules of the APA (American Psychological Association).

Keywords: Hiperactivity; inclusion; teachers; intervention; success

Abreviaturas

AACAP

Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência

AAP

Academia Americana de Pediatria

APA

Associação Americana de Psiquiatria

ADHD

Attention Deficit Hiperactivity Disorder

APCH

Associação Portuguesa da Criança Hiperativa

CID-10

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde- 10ª Edição

DHDA

Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção

DSM-IV

Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais- Versão IV

DSM-IV-TR

Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais- Versão IV- Texto revisto

EUA

Estados Unidos da América

IAC

Instituto de Apoio à Criança

QE

Quadro de Escola

QZP

Quadro de Zona Pedagógica

NEE

Necessidades Educativas Especiais

OMS

Organização Mundial de Saúde

PEI

Programa Educativo Individual

PHDA

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SPSS

Statistical Package for the Social Sciences

Índice

Dedicatória.....	III
Agradecimentos	IV
Resumo	V
Abstract.....	VI
Abreviaturas	VII
Índice de tabelas	XII
Índice de quadros	XIII
Índice de gráficos.....	XIV
Introdução.....	15
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico.....	20
1.1. Filosofia da Escola Inclusiva	20
1.1.1 – Necessidades educativas especiais, inclusão e outros conceitos associados	20
1.1.2 – A inclusão e o contexto escolar.....	24
1.1.3 – Educação inclusiva.....	27
1.1.4 – O professor e a inclusão da criança com NEE	29
1.1.5 – Estratégias de atuação numa escola inclusiva	32
2.1 – História do conceito de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	33
2.1.1 – Descrição da PHDA antes do século XX	33
2.1.2 – A PHDA no século XX	34
2.1.3 – Conceito atual da PHDA.....	37
2.1.4 – Perspetivas futuras.....	38
3.1 – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	39
3.1.1 – Dimensões essenciais da PHDA.....	39
3.1.1.1– Atenção.....	40
3.1.1.2– Hiperatividade	40
3.1.1.4– Impulsividade	41
3.1.2– Caraterísticas das crianças com PHDA	42
3.1.3– Etiologia da PHDA.....	44
3.1.4– Prevalência da PHDA.....	46
3.1.5– Diagnóstico da PHDA	47
3.1.6– Avaliação da PHDA	51
3.1.7– Processos de Intervenção na PHDA	53
3.1.7.1-Intervenção farmacológica.....	55
3.1.7.2-Intervenção cognitivo-comportamental	58

3.1.7.3-Intervenção psicoeducacional	59
3.1.7.3.1- Ambiente familiar	62
3.1.7.3.2- Ambiente escolar.....	63
3.1.8 – Estratégias de intervenção no contexto educativo que conduzem ao sucesso escolar ..	64
3.1.8.1-Estratégias de intervenção na escola.....	64
3.1.8.2- Estratégias de intervenção do professor em sala de aula	66
Capítulo 2 – Enquadramento Empírico	73
2.1 – Metodologia.....	73
2.1.1 – Estudo de caso	74
2.1.1.1 – Design do estudo	74
2.2 – Situação Problemática	77
2.2.1 – Formulação da questão de investigação	77
2.2.2 – Contextualização da situação problemática	77
2.3 – Definição dos objetivos da investigação e perguntas orientadoras	78
2.3.1 – Objetivos da investigação.....	78
2.3.2 – Perguntas orientadoras	78
2.4 – Amostra	79
2.5 – Caraterização do meio, escola, turma e aluno com PHDA.....	80
2.5.1 - Caraterização do meio.....	80
2.5.2 – Caraterização da escola	81
2.5.3 – Caraterização da turma.....	82
2.5.4 – Caraterização do aluno	83
2.5.4.1 – No contexto familiar.....	83
2.5.4.2 – No contexto escolar	83
2.6 – Meios e instrumentos de recolha e análise de informação	84
2.6.1 – Questionário	84
2.6.1.1 – Elaboração do questionário	85
2.6.1.2 – Fiabilidade.....	87
2.6.2 – Observação direta.....	88
2.6.2.1 – Vantagens	88
2.6.2.2 – Limitações	89
2.6.3 – Recolha e análise de dados.....	89
2.7. Procedimentos metodológicos	91
Capítulo 3 – Apresentação e análise dos dados	94
3.1 – Aplicação do questionário	94
3.1.1 – Variáveis.....	94

3.1.2 – Método usado no tratamento dos dados	95
3.1.3 – Análise descritiva	96
3.1.3.1 – Caracterização da amostra	96
3.1.3.2 – Estratégias utilizadas pelos professores	96
3.1.4 – Estatística Inferencial	100
3.1.4.1 - Relação das variáveis que caracterizam a amostra com a perceção dos professores acerca da inclusão de um aluno com PHDA:	100
3.1.4.2 - Relação da perceção dos professores acerca da inclusão de um aluno com PHDA com o sucesso do aluno nas disciplinas.....	103
3.1.4.3 - Relação do sucesso escolar do aluno com PHDA, com as estratégias utilizadas em contexto de sala de aula.....	103
3.1.4.4 - Interação da variável “sucesso do aluno com PHDA” com as variáveis relativas às “estratégias utilizadas em contexto de sala de aula”	114
3.2 – Apresentação dos dados obtidos pela observação	115
3.2.1 – Análise dos dados obtidos pela observação direta	116
3.3 – Análise e discussão dos dados.....	117
3.3.1 – Resultados obtidos do questionário e da observação direta	118
Considerações finais.....	125
Referências Bibliográficas	129
Webgrafia.....	134
Fontes legislativas.....	135
Apêndice A.....	I
Apêndice B.....	IV
Apêndice C.....	VIII
Apêndice D.....	X
Apêndice E.....	XIX

Índice de tabelas

Tabela 1 – Género da amostra	VIII
Tabela 2 – Idade da amostra	VIII
Tabela 3 – Habilitações profissionais da amostra	VIII
Tabela 4 – Tempo de serviço da amostra	VIII
Tabela 5 – Situação profissional da amostra	IX
Tabela 6 – Formação especializada da amostra.....	IX
Tabela 7 – Opinião sobre a inclusão.....	IX
Tabela 8 – Sucesso do aluno com PHDA.....	IX
Tabela 9 – Estratégia 1	X
Tabela 10 – Estratégia 2	X
Tabela 11 – Estratégia 3	X
Tabela 12 – Estratégia 4	XI
Tabela 13 – Estratégia 5	XI
Tabela 14 – Estratégia 6	XI
Tabela 15 – Estratégia 7	XII
Tabela 16 – Estratégia 8	XII
Tabela 17 – Estratégia 9	XII
Tabela 18 – Estratégia 10	XIII
Tabela 19 – Estratégia 11	XIII
Tabela 20 – Estratégia 12	XIII
Tabela 21 – Estratégia 13	XIV
Tabela 22 – Estratégia 14	XIV
Tabela 23 – Estratégia 15	XIV
Tabela 24 – Estratégia 16	XV
Tabela 25 – Estratégia 17	XV
Tabela 28 – Estratégia 20	XV
Tabela 26 – Estratégia 18	XV
Tabela 27 – Estratégia 19	XVI
Tabela 28 – Estratégia 20	XVI
Tabela 29 – Estratégia 21	XVI
Tabela 30 – Estratégia 22	XVII
Tabela 31 – Estratégia 23	XVII
Tabela 32 – Estratégia 24	XVII
Tabela 33 – Estratégia 25	XVII
Tabela 34 – Estratégia 26	XVIII
Tabela 35 – Estratégia 27	XVIII
Tabela 36 – Estratégia 28	XVIII

Índice de quadros

Quadro 1: Avaliação médica e comportamental da PHDA (Adaptado de Cordinha & Boavida, 2008).....	52
Quadro 2: Formulações terapêuticas de metilfenidato (Fonte:Cordinha & Boavida, 2008, p.583).....	56
Quadro 3: Estratégias educacionais em crianças com PHDA (Fonte: Cordinha & Boavida, 2008, p. 584).....	66
Quadro 4 – Género x Inclusão.....	100
Quadro 5 – Idade x Inclusão.....	100
Quadro 6 – Habilitações profissionais x Inclusão.....	101
Quadro 7 – Tempo de serviço x Inclusão.....	101
Quadro 8 – Situação profissional x Inclusão.....	102
Quadro 9 – Formação especializada x Inclusão.....	102
Quadro 10 – Inclusão x Sucesso escolar.....	103
Quadro11 – Sucesso escolar x Estratégia 1.....	103
Quadro 12 – Sucesso escolar x Estratégia 2.....	104
Quadro 13 – Sucesso escolar x Estratégia 3.....	104
Quadro 15 – Sucesso escolar x Estratégia 5.....	105
Quadro 16 – Sucesso escolar x Estratégia 6.....	105
Quadro 17 – Sucesso escolar x Estratégia 7.....	106
Quadro 18 – Sucesso escolar x Estratégia 8.....	106
Quadro 19 – Sucesso escolar x Estratégia 9.....	107
Quadro 20 – Sucesso escolar x Estratégia 10.....	107
Quadro 21 – Sucesso escolar x Estratégia 11.....	107
Quadro 22 – Sucesso escolar x Estratégia 12.....	108
Quadro 23 – Sucesso escolar x Estratégia 13.....	108
Quadro 24 – Sucesso escolar x Estratégia 14.....	109
Quadro 25 – Sucesso escolar x Estratégia 15.....	109
Quadro 26 – Sucesso escolar x Estratégia 16.....	109
Quadro 27 – Sucesso escolar x Estratégia 17.....	110
Quadro 28 – Sucesso escolar x Estratégia 18.....	110
Quadro 29 – Sucesso escolar x Estratégia 19.....	111
Quadro 30 – Sucesso escolar x Estratégia 20.....	111
Quadro 31 – Sucesso escolar x Estratégia 21.....	111
Quadro 32 – Sucesso escolar x Estratégia 22.....	112
Quadro 33 – Sucesso escolar x Estratégia 23.....	112
Quadro 34 – Sucesso escolar x Estratégia 24.....	113
Quadro 35 – Sucesso escolar x Estratégia 25.....	113
Quadro 36 – Sucesso escolar x Estratégia 26.....	113
Quadro 37 – Sucesso escolar x Estratégia 27.....	114
Quadro 38 – Sucesso escolar x Estratégia 28.....	114
Quadro 39 – Sucesso escolar x Estratégias utilizadas.....	115

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Género da amostra.....	VIII
Gráfico 2 – Idade da amostra.....	VIII
Gráfico 3 – Habilitações profissionais da amostra	VIII
Gráfico 4 - Tempo de serviço da amostra.....	VIII
Gráfico 5 – Situação profissional da amostra	IX
Gráfico 6 – Formação especializada da amostra	IX
Gráfico 7 – Opinião sobre a inclusão	IX
Gráfico 8 – Sucesso do aluno com PHDA	IX
Gráfico 9 – Estratégia 1	X
Gráfico 10 – Estratégia 2	X
Gráfico 11 – Estratégia 3	X
Gráfico 12 – Estratégia 4	XI
Gráfico 13 – Estratégia 5	XI
Gráfico 14 – Estratégia 6	XI
Gráfico 15 – Estratégia 7	XII
Gráfico 16 – Estratégia 8	XII
Gráfico 17 – Estratégia 9	XII
Gráfico 18 – Estratégia 10	XIII
Gráfico 19 – Estratégia 11	XIII
Gráfico 20 – Estratégia 12	XIII
Gráfico 21 – Estratégia 13	XIV
Gráfico 22 – Estratégia 14	XIV
Gráfico 23 – Estratégia 15	XIV
Gráfico 24 – Estratégia 16	XV
Gráfico 25 – Estratégia 17	XV
Gráfico 26 – Estratégia 18	XV
Gráfico 27 – Estratégia 19	XVI
Gráfico 28 – Estratégia 20	XVI
Gráfico 29 – Estratégia 21	XVI
Gráfico 30 – Estratégia 22	XVII
Gráfico 31 – Estratégia 23	XVII
Gráfico 32 – Estratégia 24	XVII
Gráfico 33 – Estratégia 25	XVII
Gráfico 34 – Estratégia 26	XVIII
Gráfico 35 – Estratégia 27	XVIII
Gráfico 36 – Estratégia 28	XVIII

Introdução

Como docentes verificamos que os problemas de aprendizagem e de comportamento são uma das principais preocupações para os docentes, pais, psicólogos e todos os agentes da educação. Lecionando no ensino regular, ao longo do meu percurso enquanto docente, deparamo-nos com algumas problemáticas que envolvem alunos com Necessidades Educativas Especiais. Quaisquer que sejam essas problemáticas, enquanto profissional da educação, devemos procurar os métodos mais adequados para intervir junto das crianças com NEE, por forma a alcançar o objetivo máximo da educação, ou seja, o seu desenvolvimento pleno e harmonioso.

Atualmente, nas nossas escolas deparamo-nos cada vez mais com alunos que afetam o equilíbrio da sala de aula devido à sua agitação interferindo no decorrer das atividades programadas. Por vezes, esta agitação é demasiado acentuada, e pode ser patológica, dificultando o sucesso escolar e as relações com os adultos e seus pares. Muitas vezes a linha que separa a agitação normal infantil da patologia é muito ténue, sendo difícil fazer esta distinção. É importante que os adultos considerem que o comportamento desadequado pode ser o sintoma de um distúrbio. Este distúrbio denomina-se Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Trata-se de um transtorno neurobiológico reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A inclusão de crianças com PHDA nas turmas regulares implica um esforço por parte de todos os intervenientes no processo educativo, de modo a permitir uma mudança de atitude e práticas pedagógicas conducentes à construção da Escola inclusiva.

O facto de existir um número significativo de crianças que se debate, diariamente, com este problema nas escolas não é novidade para os professores. A questão que se coloca, é como lidar com esta situação, como agir face a estes alunos que parecem desafiar-nos a toda a hora, desestabilizando as aulas que tínhamos preparado, levando-nos, por vezes, a questionar sobre o que fazer.

As crianças com PHDA, podem ser um verdadeiro desafio para os pais, professores e para os próprios. A PHDA é dos problemas de desenvolvimento mais frequentes, afetando 3% a 5% das crianças em idade escolar sendo mais comum nos rapazes do que nas raparigas (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 1994). O DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2002) avança uma percentagem entre os 3% e os 7% em crianças em idade escolar.

De acordo com o DSM-IV, a PHDA caracteriza-se por um “padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento” (APA, 1994, p. 80).

A identificação do problema da criança, por si só, não constitui a solução. Tem de haver por parte do professor, a tomada de consciência da verdadeira dimensão desta problemática e das suas implicações, de como tudo isto afeta a criança e todos os que com ela convivem, nomeadamente pais, familiares, colegas e nós próprios, entre outros. A compreensão da criança hiperativa torna-se, hoje em dia, uma competência essencial quer do professor, que muitas vezes ainda não está sensibilizado para o diagnóstico/avaliação e técnicas interventivas quando a criança com PHDA está presente na sua sala de aula, quer da família que, na maioria das vezes, se sente perdida porque, frequentemente, considera que o problema vivenciado nas suas casas é único e não ocorre noutra família (Parker, 2003).

Tem-se verificado uma grande dificuldade por parte da escola em dar resposta a estas crianças, tanto os professores das diversas áreas como os profissionais que dão apoio ao nível das necessidades educativas especiais que não têm formação especializada sobre esta área do desenvolvimento. Por vezes, a equipa de Educação Especial nem sempre se encontra munida dos recursos humanos, materiais e financeiros para responder às crianças afetadas por este problema.

É fundamental que se faça um diagnóstico completo da criança com PHDA para posterior intervenção de todos os intervenientes, nomeadamente dos professores que são normalmente quem passa mais tempo com o discente, no processo de educação da criança para que esta possa encontrar a resposta adequada ao seu real problema e articular com a família.

Enquanto docente e ser humano considero que a formação académica, social e pessoal das crianças é fundamental pelo que decidi incidir este trabalho na problemática da PHDA, pois reconhecemos que tem sido uma das perturbações mais estudadas no desenvolvimento da infância e da adolescência (Barkley, 1990) e com muito impacto ao nível de salas de aula (DuPaul & Stoner, 1994).

É muito comum que um aluno com PHDA seja apelidado como rebelde, desatento, distraído, desinteressado, podendo provocar-lhe graves problemas a nível de autoconceito e de autoestima. Constantemente se veem professores a apontar todos os comportamentos

desadequados destes alunos, pensando que é dessa forma que o aluno se aperceberá que está errado e tentará mudar.

Para além dos problemas de comportamento, ao nível do contexto escolar existe uma relação muito próxima entre PHDA e problemas de aprendizagem, o que leva em muitos casos ao fracasso escolar. Consequentemente, estes problemas irão também ser um fator de risco para o desenvolvimento de comportamentos de irrequietude, instabilidade e desinvestimento escolar.

Para que haja uma verdadeira inclusão, o profissional da educação tem de saber como intervir e para isso é necessário que conheça o aluno, não se limitando a rotulá-lo de indisciplinado e desinteressado.

Este trabalho pretendeu levar a cabo uma investigação acerca da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). A questão de partida que se colocou foi:

Qual a perceção dos docentes da turma X, da escola Y, acerca da inclusão e da pedagogia diferenciada para o sucesso escolar em aluno com PHDA?

Este trabalho de investigação teve como intuito para além de sensibilizar os docentes para uma problemática que vai muito além de uma irrequietação, agressividade e desinteresse dos alunos ser um instrumento de trabalho para os professores, de forma a tornar possível o processo de ensino e aprendizagem um sucesso para o aluno com PHDA.

Para concretizar esta investigação, verificou-se a necessidade de fazer uma pesquisa de referências bibliográficas sobre as NEE, a escola inclusiva, o conceito de PHDA e as estratégias de intervenção dos docentes em contexto de sala de aula de forma a adquirir conhecimentos e colher diferentes ensinamentos e perspetivas. Vários são os autores que já debruçaram sobre a temática da PHDA e as formas de atuação face aos alunos com este tipo de perturbação.

Segundo DuPaul & Stoner (1994), não se podem dissociar os problemas comportamentais e os problemas de aprendizagem. Constituindo a escola um marco importante na vida da criança qualquer intervenção para ser eficaz deverá também incidir nas áreas académicas. Se existir uma melhoria nestas áreas, conduzirá à diminuição dos comportamentos perturbadores, pelo que a metodologia mais adequada deve incidir nos problemas de aprendizagem e conjuntamente nas condutas perturbadoras. De acordo com (Barkley, 1998), o estilo de trabalho do professor, além das características pessoais deste profissional, tem importante impacto sobre o comportamento em turma e sobre o desempenho académico de crianças com PHDA, contudo, importa ressaltar que para este autor nenhuma

das intervenções promove a cura da PHDA, mas sim uma redução temporária dos sintomas e das dificuldades associadas ao problema. Para (Rodrigues, 2005) o sucesso escolar vai depender do ajuste entre as variáveis biológicas do indivíduo e as variáveis do contexto em que ele se encontra.

A fim de apoiar a elaboração deste estudo sobre PHDA e tendo em conta os objetivos propostos, para a elaboração da parte prática desta investigação o método escolhido foi o método de análise intensiva ou de caso (Greenwood, 1963). Trata-se de um processo de investigação, fundamentalmente de natureza qualitativa, que se destina a estudar um fenómeno concreto, um caso particular, razão pela qual foi o método escolhido, pois é aquele que melhor se enquadrou no desenvolvimento deste estudo. Para esta investigação definiu-se como objeto o estudo das estratégias de intervenção que contribuem para a inclusão e o sucesso escolar de um aluno com PHDA, cujo rendimento escolar foi sendo comprometido ao longo dos anos. Esse aluno foi o Francisco, de nove anos, aluno do quinto ano o qual ingressou o 1ºCiclo com cinco anos. Apesar de o rendimento escolar do Francisco ao longo do primeiro ciclo ter sido em geral pouco satisfatório, o aluno nunca reprovou. Após a conclusão do 4º ano de escolaridade o Francisco mudou de escola tendo integrado a turma X, da Escola Y.

Foi feita uma pesquisa documental recorrendo-se a diversas fontes tais como o processo do aluno, Projeto Curricular de Turma, Regulamento Interno e Projeto Educativo do Agrupamento de Escolas que permitiu fazer a caracterização do aluno em todas as suas vertentes e o contexto onde se verificou existir um problema.

Para conduzir e acompanhar o método do estudo de caso foram usadas duas técnicas para a recolha de dados: um questionário aos professores do aluno com PHDA, da turma X, da escola Y e observação direta não participante em contexto de sala de aula.

O questionário foi elaborado de acordo os objetivos da investigação que tiveram por base as questões orientadoras e aplicado aos professores por administração direta. Foi feito o levantamento estatístico dos dados obtidos para posterior tratamento e interpretação através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Quanto à técnica de observação direta, esta foi não participante e realizada em contexto de sala de aula. Serviu para confirmar alguns dados obtidos do questionário, para isso utilizou-se uma lista de verificação.

Após a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, fez-se a articulação dos resultados obtidos quantitativamente por aplicação do questionário com os obtidos

qualitativamente por observação do aluno em causa, ou seja, procedeu-se à triangulação de dados.

Este trabalho de investigação foi organizado em três capítulos. No primeiro capítulo foi feito um enquadramento teórico acerca das necessidades educativas especiais e a inclusão dos alunos em contexto escolar bem como uma abordagem teórica sobre a PHDA, a história em torno do conceito, características das crianças com esta perturbação, etiologia, prevalência, diagnóstico e avaliação da PHDA. Foram também apresentados processos de intervenção em alunos com PHDA e estratégias de intervenção no contexto educativo, nomeadamente em sala de aula.

No segundo capítulo expôs-se a metodologia utilizada, a situação problemática, os objetivos da investigação, caracterizou-se a amostra e foram apresentados os instrumentos de recolha de dados, questionário e observação direta. No terceiro capítulo foram apresentados os dados obtidos pelo método do estudo de caso e foi feita a análise criteriosa dos mesmos.

Nas considerações finais, apresentaram-se as reflexões realizadas quanto às relações que se conseguiram estabelecer entre a problemática inicial e os resultados obtidos ao longo da intervenção investigativa, algumas limitações do estudo e possíveis caminhos para futura investigação.

No final do trabalho foram apresentadas as referências bibliográficas, webgrafia e fontes legislativas consultadas e os apêndices que se consideraram pertinentes. Para as citações e referências bibliográficas foi utilizada a Norma APA (American Psychological Association) de acordo com o Despacho Reitoral nº 101/2009.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1.1. Filosofia da Escola Inclusiva

1.1.1 – Necessidades educativas especiais, inclusão e outros conceitos associados

Vivemos numa sociedade em constante mudança científica e tecnológica e a incapacidade de responder eficazmente à formação global dos alunos poderá aumentar o risco de exclusão com todas as consequências nefastas que daí advirão.

Foi a partir da revolução democrática do 25 de Abril de 1974 que se desenvolveu um trabalho mais amplo de integração de alunos com deficiência nas escolas regulares.

O conceito necessidades educativas especiais (NEE) foi introduzido por Warnok Refort e veio fazer com que o professor atue em função das necessidades da criança em termos do seu processo de desenvolvimento e aprendizagem (Sanches, 1996).

Em Portugal antes da década de 70, os alunos com NEE eram praticamente excluídos do sistema regular de ensino (Correia, 2008).

Durante os anos setenta e oitenta desenvolveu-se uma política de educação integrativa com a constituição em todo o país de equipas de Educação Especial com professores itinerantes. As leis portuguesas passam a consagrar como direitos fundamentais a educação e a igualdade de oportunidades.

Com a Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986 (Dec. Lei Nº 46/86, de 14 de Outubro), é definida finalmente a Educação Especial como modalidade integrada no sistema geral da educação (Rodrigues & Nogueira, 2010). Esta legislação veio dar novo impulso ao contemplar a abertura da Escola numa perspetiva de “Escola para todos”, baseando o conceito de alunos com necessidades educativas especiais (NEE) em critérios pedagógicos. Um dos objetivos desta lei era assegurar às crianças com necessidades educativas específicas condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades.

Foi com o Dec. Lei Nº 319/91, de 23 de Agosto que o regime educativo especial nas escolas do ensino regular, foi finalmente definido e regulamentado. Este decreto-lei estabeleceu a igualdade e condições para o acesso e permanência na escola e adotou uma nova modalidade de educação para alunos com NEE (DL 319/91, Artigo 2º). Desde então a temática da inclusão tem ganho terreno tanto no meio escolar como na própria sociedade. A responsabilização da escola na inclusão do aluno com NEE obrigou a uma flexibilização do processo ensino-aprendizagem.

Progressivamente surge a necessidade de uma escola inclusiva, onde todos os alunos devem aprender juntos independentemente das dificuldades e diferenças que apresentam, baseada nas recomendações contidas na Declaração de Salamanca (Unesco, 1994) a qual declara que as crianças com necessidades educativas especiais devem frequentar escolas de ensino regular e acrescenta que estas constituem um dos meios mais eficazes para combater a discriminação e ao mesmo tempo fomentar uma sociedade inclusiva que proporcione uma educação adequada a todos sem exceção. Esta declaração proclama a “Escola Para Todos” ou “Escola Inclusiva”. O conceito de NEE torna-se mais amplo e os tipos de NEE surgem divididos em dois grupos: permanentes e temporárias.

Em 1 de Julho de 1997, entra em vigor o Despacho Conjunto N° 105/97, que dá corpo a uma política educativa mais inclusiva, criando equipas de Coordenação local para colaborar com Escolas e docentes de apoio educativo na gestão dos recursos e na implementação de respostas articuladas (Rodrigues & Nogueira, 2010). Neste documento sai ainda reforçada a necessidade da diferenciação curricular através da adaptação e individualização curricular às necessidades e características de cada um, em especial aos alunos com NEE.

De acordo com Madureira & Leite (2003) o termo NEE diz respeito não só a crianças e jovens com deficiências mas também a todas aquelas que, ao longo do seu percurso escolar, apresentam problemas de aprendizagem. Qualquer um pode ter necessidade num dado momento de apoio suplementar para ultrapassar determinadas dificuldades específicas da aprendizagem. “É necessário distinguir se essas necessidades são esporádicas ou permanentes, ligeiras, moderadas ou profundas.” (Sanches, 1996, p. 12). Normalmente os alunos das turmas regulares têm necessidades educativas ligeiras e de carácter esporádico que são ultrapassadas sem intervenção de professores especializados em educação especial (Sanches, 1996).

Crianças e jovens com necessidades educativas especiais são crianças e jovens que exigem recursos ou adaptações especiais no processo de ensino e aprendizagem que não são comuns à maioria dos da sua idade, por apresentarem dificuldades ou incapacidades que se refletem numa ou mais áreas de aprendizagem por um longo período de tempo.

A 7 de Janeiro de 2008, é publicado o Decreto-lei 3/2008. Esta lei revoga a legislação que até então existia nomeadamente o Decreto-lei 319/91. Este novo Decreto-lei, vem esclarecer os apoios especializados a prestar nas escolas portuguesas, de forma a criar condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação nos vários

domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de caráter permanente (DL 3/2008, Artigo 1º).

As necessidades educativas especiais estão associadas a um “conjunto de fatores, de risco ou de ordem intelectual, emocional e física, que podem afetar a capacidade de um aluno em atingir o seu potencial máximo no que concerne à aprendizagem, académica e socio emocional.” (Correia, 2008, p. 43). Estes alunos para além de poderem apresentar problemas físicos, sensoriais, intelectuais e emocionais podem também ter dificuldades de aprendizagem específicas derivadas de fatores orgânicos ou ambientais, podendo necessitar de serviços especializados durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, social e socio emocional. As dificuldades de aprendizagem específicas estão associadas à forma como o sujeito processa a informação tendo em consideração as suas capacidades e o conjunto das suas realizações podendo alterar a forma como o sujeito interage com o meio envolvente (Fonseca, 2004).

Quatro meses após a publicação do Decreto-lei 3/2008 é publicada a Lei nº21/2008 de 12 de Maio, que faz uma retificação em alguns aspetos da lei anterior. Esta correção modera a opção imediata por modelos de educação inclusiva e coloca a opção dos pais como decisiva face ao sistema de educação em que o filho deve ser educado (Rodrigues & Nogueira, 2010).

Para os alunos que não podem ser abrangidos pelo Decreto-lei 3/2008, o despacho normativo 50/2005 de 9 de Novembro, vai permitir dar uma resposta individual, com apoios socioeducativos. Este decreto-lei prevê para os alunos com NEE de caráter permanente,

“a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção de igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida pós-escolar ou profissional” (Rebocho, Candeias, Peniche, Baldeira & Lagartixo, 2009, p. 120).

O mesmo Decreto-lei define ainda princípios de atuação e normas orientadoras para a implementação, acompanhamento e avaliação dos planos de recuperação, de acompanhamento e de desenvolvimento como estratégia de intervenção com vista ao sucesso educativo dos alunos (DL 50/2005, Artigo 1º).

Há que distinguir neste ponto dois conceitos que são muito próximos e muito distantes: inclusão e integração. Há integração quando é preciso mudar alguma coisa e há inclusão quando não é necessário mudar nada. Para (Franco, 2009) os dois conceitos diferem significativamente no que se refere à adaptabilidade e natureza dos contextos. É necessário

“passar por profundas mudanças adaptativas, integradoras, e por uma cultura de integração, antes de se poder falar em inclusão” (Franco, 2009, p. 101).

O conceito de inclusão engloba três parâmetros: modalidade de atendimento, educação apropriada e serviços adequados (Correia, 2008). A modalidade de atendimento dá primazia à permanência do aluno com NEE na turma regular onde lhe devem ser prestados todos os serviços adequados que maximizem o potencial do aluno. Estes serviços para além de terem em conta o aluno, as suas características e necessidades, também devem ter em consideração a modificação dos seus ambientes de aprendizagem para que o aluno possa receber uma educação adequada às suas capacidades e necessidades.

Segundo Correia (2008) as vantagens da inclusão são:

- permitir um trabalho conjunto dos diversos profissionais da educação resultando melhores planificações educativas;
- promover a partilha de estratégias de ensino, uma maior monitorização dos progressos dos alunos, um melhor combate aos problemas comportamentais;
- proporcionar aos professores a aprendizagem de novas técnicas de ensino e a participação em mais atividades de formação;
- reconhecer ao aluno com NEE o direito de aprender com os seus pares sem NEE proporcionando-lhe aprendizagens similares e interações sociais adequadas;
- permitir ao aluno sem NEE entender que todos somos diferentes pelo que as diferenças individuais devem ser respeitadas e aceites.
- possibilitar às escolas que se tornem verdadeiras comunidades de apoio, onde todos os alunos se sintam “valorizados, apoiados de acordo com as suas necessidades e preenchidos ética e moralmente” (Correia, 2008, p. 24).

Para Madureira & Leite (2003) a inclusão de alunos com NEE obrigou a reestruturações ao nível da organização da escola e a modificações nas formas tradicionais de trabalho dos docentes a nível institucional. “O trabalho em equipa na escola é, mais do que um princípio orientador, uma necessidade atual” e a discussão de e sobre problemas concretos é essencial pois é ela que permite a centralização em objetivos comuns e não em posições diferentes (Madureira & Leite, 2003, p. 128). “É de destacar a necessidade de colaboração entre os professores do ensino regular e os docentes de apoio educativo.” (Madureira & Leite, 2003, p. 132). “A criação de um ambiente positivo e confortável é essencial para que a experiência educativa tenha sucesso e seja gratificante para todos os alunos.” (Nielsen, 1999, p. 23).

Aquilo que se tem vindo a assistir, em muitas salas de aula, é a uma mera integração física das crianças ficando na realidade estas crianças excluídas do processo ensino-aprendizagem. É necessário superar a mera integração da criança no ensino regular para uma verdadeira inclusão, isto é, criar condições para que todos aprendam e desenvolvam as suas capacidades e habilidades, mediados por uma diferenciação pedagógica.

Diferenciar o ensino pressupõe,

“Alterar o ritmo, o nível ou o género de instrução, tendo por base as capacidades e necessidades de cada aluno, ou seja, o professor depois de analisar a informação que tem ao seu alcance, deve partir para o estudo do currículo, para a diferenciação pedagógica, onde os seus objetivos de ensino se entrecruzam com os objetivos de aprendizagem desse mesmo aluno.” (Correia, 2008, p. 95).

Madureira & Leite (2003), referem que diferenciar pressupõe que cada aluno possa encontrar pontos de referência significativos e vias de acesso próprias para a sua aprendizagem. Tal como refere (Cadima, 2006), tem de haver uma mudança de atitude do professor para que se realize a diferenciação pedagógica. (Madureira & Leite, 2003) referem ainda que a diferenciação pedagógica se aplica às escolas, turmas e a cada um dos alunos. Para isso é necessário reconhecer e aceitar a “diversidade existente entre os alunos a nível sociocultural, a nível de estilos de aprendizagem, a nível de tipo de inteligência e, portanto, a nível de processos de resolução de problemas e realização das tarefas” (Madureira & Leite, 2003, p. 96).

A diferenciação pedagógica opõe-se à uniformização dos conteúdos e condena a uniformidade de ritmos, de métodos, de didáticas e de práticas pedagógicas. Procura utilizar um conjunto diversificado de meios e de processos de ensino e de aprendizagem, a fim de permitir a alunos de idades, de aptidões, de comportamentos diferentes, mas agrupados na mesma turma, atingir, por vias diferentes objetivos comuns.

1.1.2 – A inclusão e o contexto escolar

A escola, como responsável e elemento importante na comunidade, pode e deve tornar-se num dos agentes mais ativos e válidos em todo este processo de inclusão. À escola compete a aceitação da diferença, e não ser mais um veículo de discriminação e de exclusão, com as repercussões extremamente negativas daí resultantes para a valorização humana, social e cultural.

A construção efetiva de uma escola inclusiva, depende fundamentalmente “de mudanças a desenvolver nas práticas pedagógicas de docentes que persistem em utilizar formas de gestão e organização das situações pedagógicas centradas na figura do professor” (Madureira & Leite, 2003, p. 38).

O princípio da inclusão apela para uma escola que tenha em atenção a criança no seu todo e não apenas a criança enquanto aluno e que por conseguinte respeite três níveis de desenvolvimento essenciais – académico, socio emocional e pessoal, sendo o seu primeiro objetivo a igualdade de oportunidades para as crianças e adolescentes com NEE, garantindo-lhes a educação no quadro do sistema regular de ensino (Correia, 2008). O movimento de inclusão só tem sucesso se os cidadãos o compreenderem e aceitarem como um princípio cujas vantagens a todos beneficia.

A inclusão “deve admitir um contínuo educacional em que a modalidade de atendimento mais adequada para o aluno com NEE deverá ser determinada pelo seu Programa Educativo Individual (PEI).” (Correia, 2008, p. 11). Este atendimento,

“tem de ser feito segundo um modelo social e ecológico, em que a criança é vista como ser total que é, e como parte integrante do seu meio, participando e nele atuando, mobilizando e responsabilizando também a família, a escola, a comunidade e a sociedade como um todo” (Sanches, 1996, p. 15).

Segundo Candeias (2009) a inclusão deve ser entendida como um processo para enfrentar e responder às diversas necessidades de todos os alunos, independentemente da sua origem cultural, étnica ou socioeconómica e das suas dificuldades funcionais. Isto só será possível se houver um efetivo aumento da participação na aprendizagem por parte de todos os alunos. A escola tem um papel preponderante na inclusão de todos os alunos, devendo proporcionar uma educação de qualidade a todos na diversidade, visto que todos os alunos são diferentes e especiais e todos necessitam de ajudas, em menor ou maior grau.

“O processo educativo deverá tornar-se flexível e adaptável a todos os alunos, inclusivo.” (Choupana, Oliveira, Carapinha & Candeias, 2009, p. 106). Para os autores a escola inclusiva é pois um espaço e um tempo de desenvolvimento, educação e formação de todos os alunos, devendo atender às suas diversidades. O aluno com NEE deve ser, sempre que possível, incluído na turma regular, o qual deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se, para esse fim, com um apoio apropriado às suas características e necessidades (Correia, 2008).

“Numa escola inclusiva, espera-se que as crianças se desenvolvam segundo os seus próprios ritmos de aprendizagem, pelo que os grupos de trabalho devem ser flexíveis e as estratégias e o material usado devem ser, sempre que possível, concretos e estimulantes.” (Correia, 2008, p. 105).

É necessário tornar as aprendizagens mais ativas dando ao aluno a oportunidade de viver situações estimulantes. No contexto escolar a inclusão é “um desafio que precisa de uma mudança de atitudes e práticas, especialmente quando queremos a participação ativa de todos os alunos, assegurando simultaneamente a efetiva integração de todas as crianças e jovens na escola.” (Rebocho et al., 2009, p. 45).

Ou seja, a inclusão de todos os alunos implica mudanças e ajustamentos na organização da escola; adaptações ou alterações nos currículos, diversificação e diferenciação das metodologias de ensino; provisão de novos recursos adequados às novas necessidades; a existência de serviços especializados.

Pomar et al. (2009) referem que a dimensão e a qualidade da prática nas escolas e nas salas de aula não tem conseguido acompanhar a velocidade com que surge legislação sobre inclusão. A efetivação de uma escola mais inclusiva depende, em grande medida da qualidade profissional dos professores e outros agentes educativos, cuja formação é essencial para enfrentar os inúmeros desafios da escola inclusiva. “A formação dos professores deve processar-se em interação com as escolas, procurando mexer com as suas dinâmicas e práticas educativas.” (Sanches, 1996, p. 71).

Segundo Pomar et al. (2009) atendendo ao relatório da «European Agency for Development in Special Needs Education (2003)» os seguintes fatores são determinantes das práticas inclusivas: o ensino cooperativo (Madureira & Leite, 2003; Nielsen (1999)); a aprendizagem cooperativa; os agrupamentos heterogéneos e uma perspetiva assente na diferenciação pedagógica; a resolução de problemas colaborativa e ainda o ensino efetivo.

Para Franco (2009) a conceção de educação e de escola de que decorre qualquer modelo de Escola Inclusiva ao serviço das crianças com NEE assenta sobre dois pilares: uma perspetiva global de desenvolvimento em que a escola se preocupa com a criança no seu todo e uma perspetiva pedagógica diferenciada. Segundo o mesmo autor a inclusão mais do que um processo é um percurso pelo que faz mais sentido falar-se de percursos inclusivos do que em inclusão, pois o primeiro termo dá uma perspetiva de continuidade. Para o autor não é pois a educação inclusiva que torna as escolas inclusivas, mas são as escolas inclusivas na sua conceção que permitem educar inclusivamente e para a inclusão, ou seja, “a escola tem de ser inclusiva, isto é, para todos, antes de haver educação inclusiva” (Franco, 2009, p. 105).

O movimento inclusivo exige uma reestruturação da escola e da turma regular de modo a provocar mudanças significativas nos ambientes educacionais de todos os alunos, em particular dos que apresentam NEE (Correia, 2008). Neste sentido, a remodelação do currículo é fundamental, para permitir aos alunos com NEE uma aprendizagem em conjunto, devendo o currículo ser “um meio pelo qual um fim é alcançado, o sucesso escolar do aluno” (Correia, 2008, p. 22). Para sustentar a mudança na escola que contribua tanto para a aprendizagem e sucesso dos docentes e dos alunos, bem como para a inclusão destes, deve haver uma boa gestão escolar.

1.1.3 – Educação inclusiva

O significado comumente aceite de educação inclusiva “pressupõe que a escola regular seja o local privilegiado para o aluno com NEE efetuar as suas aprendizagens” (Rebocho, Saragoça & Candeias, 2009, p. 38). Ao contrário do método tradicional, na educação inclusiva importa criar espaço para conhecer o aluno e planear a ação educativa em função desse conhecimento. (Candeias, 2009). A intervenção junto do aluno tem de ser construída a partir do conhecimento dos seus interesses e saberes, das suas dificuldades e das causas que as originam e, ainda, das suas expectativas para assim se poder construir a resposta adequada ao seu problema.

Para Rebocho et al. (2009) a educação inclusiva é de uma importância extrema dado que todos, independentemente quem sejam e das necessidades especiais de aprendizagem que manifestem têm um papel crucial na sociedade. O aspeto fulcral não é a introdução de novas técnicas, mas, sobretudo o fortalecimento de colaboração dentro da escola e entre escolas, ligações mais estreitas com a comunidade e o estabelecimento de redes entre contextos. (Rebocho et al., 2009).

Uma educação inclusiva é aquela que “é capaz de criar e fornecer respostas com vista a satisfazer as necessidades individuais dos alunos” exigindo dos professores, dos outros agentes educativos e da sociedade em geral mudanças ao nível das práticas, dos valores e das atitudes (Pires et al., 2009, p. 75). Para estes autores, num projeto de educação inclusiva, o papel concreto dos pais resulta da colaboração entre a família e a escola.

O conceito de educação inclusiva tem por base alguns princípios (Correia, 2008):

- todos os alunos, designadamente os alunos com NEE, têm o direito a ser educados em ambientes inclusivos;

- todos os alunos com NEE têm a capacidade de aprender e de contribuir para a sociedade;
- todos os alunos com NEE devem ter oportunidades iguais de acesso a serviços de qualidade que conduzam ao seu sucesso;
- todos os alunos com NEE devem ter acesso a serviços de apoio especializados, quando deles necessitem;
- todos os alunos com NEE devem ter acesso a um currículo diversificado;
- todos os alunos com NEE devem poder trabalhar em grupo e de participar em atividades extracurriculares bem como em eventos sociais, culturais e outros;
- todos os alunos, designadamente os alunos com NEE devem ser ensinados a apreciar as diferenças e semelhanças do ser humano;
- os profissionais, pais e a comunidade em geral devem trabalhar em colaboração;
- os serviços de que a criança com NEE necessita devem ser prestados em ambientes educativos regulares;
- as escolas devem envolver as famílias e os membros da comunidade no processo educativo;
- os serviços regionais e locais devem fornecer os apoios e recursos necessários para que as escolas se possam reestruturar.

A resposta às necessidades dos alunos com NEE devem equacionar-se como um conjunto de experiências que se constroem partindo das suas realizações iniciais e da observação dos seus ambientes de aprendizagem com o intuito de maximizar as suas aprendizagens académicas e sociais (Correia, 2008).

A educação inclusiva responde à diversidade, criando atitudes de abertura e tratando a diferença de forma digna. O objetivo é proporcionar um desenvolvimento maximizado de todos, de acordo com as características pessoais e necessidades individuais de cada um.

“Só partindo do aluno se pode chegar ao aluno e a todos os alunos, numa perspetiva de Educação para Todos, numa Escola Inclusiva, onde qualidade e sucesso educativos sejam uma componente exigida e a exigir a todos os intervenientes educativos.” (Sanches, 1996, p. 27)

A filosofia da “Escola para todos” comporta um modelo de Escola aberta à diversidade, onde se espera que as maiorias e as minorias encontrem resposta às suas necessidades. Nesta perspetiva, o objetivo é não deixar ninguém fora da escola.

1.1.4 – O professor e a inclusão da criança com NEE

É essencial que o professor assuma como valores fundamentais para uma escola inclusiva a integração; a tolerância; o respeito pela diferença e a cidadania.

O professor deve adaptar o seu estilo de ensino aos alunos, diversificando e diferenciando os processos. De acordo com o Decreto-Lei 3/2008 os alunos com NEE têm de ser objeto de alguma atuação diferente e adequada, já que a sua interação com o meio e com os seus pares pode estar comprometida.

“O professor é um mediador que assume um papel fundamental na avaliação, na ativação do desenvolvimento do potencial do aluno e na seleção das estratégias mais eficientes para a aprendizagem dos conteúdos educativos.” (Candeias, 2009, p. 22). Para o autor os professores devem adotar uma avaliação centrada na aprendizagem, com base na informação diagnóstica sobre o aluno, de modo a planear o processo de ensino-aprendizagem e determinar o que fazer com cada um.

Para Correia (2008) é vital que todos os educadores e professores aceitem a responsabilidade de educar todos os alunos, não obstante a sua problemática assumindo a pedagogia centrada no aluno um princípio fundamental a ter em conta. Além disso, tem de existir um bom relacionamento entre professores e entre professores e gestores devendo os docentes adquirir as competências científicas e pedagógicas que lhes permitam atender às necessidades de todos os seus alunos.

Segundo Pomar et al. (2009), não é só da responsabilidade dos professores o sucesso da inclusão pelo que lhe têm que ser proporcionadas condições e recursos que lhes permitam desenvolver com eficácia a sua função.

Para Madureira & Leite (2003) a criação de salas de aula inclusivas implica por parte do professor, capacidade de:

- planificar para a turma no seu conjunto;
- utilizar os recursos humanos existentes na sala de aula, os alunos;
- alterar a planificação em função de situações singulares e dos comportamentos manifestados pelos alunos.

A adequada planificação das atividades de aprendizagem “tem de começar pela caracterização dos contextos e dos saberes, experiências e necessidades dos alunos” (Sanches, 1996, p. 71). As adaptações decididas e planeadas pelo professor da turma só são eficazes

quando se adotam as atitudes e os procedimentos corretos durante o processo de ensino-aprendizagem.

Para Sanches (2003) é necessário que o professor mude o seu papel dentro da sala de aula, não sendo o monopolizador do saber. Há que dar lugar ao aluno para que ele próprio procure o saber e execute as etapas necessárias à sua apropriação. É um ensino virado para o aluno e para as suas capacidades e limitações passando o professor para um papel de retaguarda que este não está habituado a desempenhar. É o «feedback» positivo entre o professor e o aluno sobre o nível de conhecimentos que este foi adquirindo que contribui para orientar o aluno para a efetivação dos seus conhecimentos.

Segundo Correia (2008) para que o professor atinja os resultados desejados deve atender aos seguintes aspetos:

- organizar e fazer a gestão da turma;
- diversificar e diferenciar as atividades e estratégias;
- fazer um ensino direto e sistemático;
- promover a aquisição de técnicas de estudo pelo aluno;
- proporcionar o desenvolvimento de estratégias cognitivas e metacognitivas.

É necessário que se recorra à diferenciação pedagógica “através do uso de ajustamentos e adaptações curriculares, para que ele venha na medida do possível, a experimentar sucesso escolar” (Correia, 2008, p. 140). Estes ajustamentos e adaptações curriculares devem partir do currículo comum da escola regulares e das necessidades educativas específicas dos alunos e devem ser constantes para que o processo de ensino e aprendizagem dos alunos com NEE origine sucesso.

Uma diferenciação pedagógica enriquecida e individualizada, deve ter em conta, tudo o que esta implica, ou seja, o professor deverá atuar de forma específica, focalizada, sistemática, usar os melhores métodos e estratégias de intervenção, para que a criança possa com a maior brevidade melhorar as suas áreas fracas, reforçar as fortes e consolidar as emergentes.

“A intervenção tem que ser diferente consoante se dirija a um aluno, a um pequeno grupo ou ao grupo/turma. Se o aluno precisa de uma intervenção individual, o diagnóstico educativo/pedagógico tem que ser mais exaustivo, para que a intervenção vá de encontro às necessidades reais do aluno e não se limite a repetir o que já antes foi feito na sala de aula.” (Sanches, 1996, p. 20).

Segundo Cadima (2006) o professor deve incentivar os alunos a serem organizados apesar das suas dificuldades e para isso o professor deve treinar competências organizacionais, ter uma atitude positiva e ajustar as suas expectativas em relação ao aluno,

para que este possa ter algum sucesso. O reforço positivo serve de motivação para o aluno dedicar mais tempo à realização de seu trabalho. As metas de aprendizagem devem ser realistas, dividir os projetos em tarefas mais pequenas e fixar prazos para a sua conclusão. De acordo com a autora o professor deve elaborar listas de tarefas que vão de encontro ao interesse dos alunos e procurar áreas em que o aluno com NEE se possa destacar e contribuir para os outros originando sentimentos de orgulho e responsabilidade para o aluno. Além disso, o professor deve estar atento às dificuldades que cada aluno apresenta, no sentido de a sua ação pedagógica ir ao encontro de um caminho que responda à diversidade e permitindo, assim, que a mensagem chegue aos discentes qualquer que seja o seu nível de desenvolvimento. Desta forma os professores contribuem para o crescimento de uma escola com perspectivas amplas no âmbito do desenvolvimento curricular, de ensino-aprendizagem, da organização da sala de aula e das respostas às necessidades educativas individuais dos alunos, contribuindo para o sucesso de uma escola cada vez mais inclusiva (Tilstone, Florian & Rose, 2003).

A atuação do professor tem de ser pensada em função da heterogeneidade da sua turma no que diz respeito aos saberes já adquiridos pelos alunos, às suas vivências, necessidades e interesses numa perspectiva de pedagogia diferenciada em relação ao mesmo grupo e ao mesmo espaço (Sanches, 1996).

Para fazer face à diversidade de situações de sala de aula, Sanches (1996) sublinha que o professor deve: estar disponível para enfrentar imprevistos porque cada situação demanda uma resposta diferente; ser capaz de controlar a ansiedade e não elevar as expectativas; consciencializar-se que a escola para além de instruir também tem um papel socializante, papel esse, que para os alunos com necessidades educativas especiais é talvez o mais importante; relacionar-se positivamente com os alunos problemáticos mesmo que tenha de abdicar de alguns idealismos; conquistar, quotidianamente, a sua autoridade; estabelecer objetivos para cada aluno tendo em conta os saberes já adquiridos e avaliar os alunos de acordo com as aquisições e progressos dos mesmos.

De uma forma simples, de acordo com os autores, pode dizer-se que as estratégias implementadas pelo professor devem: levar a que o aluno seja implicado na construção da sua própria aprendizagem, dar mais importância aos processos em detrimento dos produtos, respeitar os ritmos, interesses, capacidades e necessidades individuais, favorecer a interdisciplinaridade e a transversalidade, promover a flexibilização curricular e o desenvolvimento da autonomia do aluno.

1.1.5 – Estratégias de atuação numa escola inclusiva

Hoje solicita-se à escola mais do que integrar alunos com NEE, que dê uma resposta adequada à criança ou jovem que faz parte da sua comunidade educativa. É assim que surge a escola inclusiva onde se deverá processar uma educação para todos o que leva a uma responsabilização do meio envolvente pela resposta adequada a dar a cada um (Sanches, 1996).

Atendendo à perspetiva inclusiva a escola terá de desenvolver processos de inovação e mudança curricular que respondam com eficácia a todos os alunos que a frequentam (Madureira & Leite, 2003).

Para Correia (2008) algumas das estratégias que podem ser utilizadas em salas de aula inclusivas são:

- criar um ambiente de interações positivas em que o professor deverá ser um modelo para os alunos proporcionando-lhes um ambiente de sala de aula acolhedor, que suscite o aumento das interações entre todos os alunos, fomentando entre eles sentimentos de amizade e de valorização da diferença;
- recepção adequada à criança com NEE devendo o docente criar um conjunto de atividades que permitam que os alunos aprendam um pouco sobre cada um, se sintam bem-vindos e inseridos na turma;
- promover a amizade entre as crianças com e sem NEE pelo que o professor deve implementar abordagens que permitam que as crianças aprendam em conjunto e promover comportamentos de interação social entre todos os alunos, para que desta forma o aluno com NEE se sinta inserido na turma e na própria comunidade;
- sensibilizar as crianças para a inclusão, só deste modo se promoverá o desenvolvimento de atitudes mais positivas perante os alunos com NEE, se desencadeará amizades mais duradouras entre todos os alunos e se solidificará princípios morais e éticos que criem uma maior sensibilidade perante as necessidades dos outros. Isto só é possível se os alunos tiverem conhecimento preciso sobre as diferenças específicas dos colegas com NEE e o impacto destas e se for desenvolvido um conjunto de interações entre os alunos.

A perspetiva ecológica na atuação educacional exige uma escola aberta, em interação com o contexto em que está inserida e a redefinição de papéis e funções do professor do ensino regular, numa dinamização ativa de todos os intervenientes no processo educativo (Sanches, 1996). Esta perspetiva ecológica supõe

“a participação conjunta e concertada de equipas pluridisciplinares (...) que desenvolvem todo um processo de recolha de informação sobre os contextos familiar e escolar da criança, sobre a sua situação atual (...) e, se necessário, sobre a sua história pessoal, familiar e escolar.” (Madureira & Leite, 2003, p. 62).

Vários autores vêm preconizando uma perspetiva ecológica na avaliação, salientando a importância do conjunto de influências do contexto familiar, social e escolar no comportamento e desempenho escolar da criança (Madureira & Leite, 2003).

Atendendo ao que foi exposto, podemos concluir que as estratégias da escola inclusiva devem implicar ativamente o aluno nos domínios psicomotor, cognitivo, social e afetivo. É fundamental a diversificação dos recursos, materiais, técnicas e processos de desenvolvimento e as formas de comunicação, a motivação, ou mesmo aspetos concretos da matéria ou da fase do processo de ensino.

2.1 – História do conceito de Hiperatividade e Défice de Atenção

2.1.1 – Descrição da PHDA antes do século XX

A Hiperatividade ou, na designação científica atual, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), é uma das mais estudadas problemáticas da infância e da adolescência, muito embora a investigação neste domínio se revista de inúmeras controvérsias que se iniciam imediatamente pela própria designação e definição do respetivo conceito (Lopes, 2003) que se apresenta com diferentes explicações teóricas consoante as diferentes denominações. A sua importância deve-se ao facto de haver um número e diversidade muito alargado de pessoas nele interessadas, nomeadamente professores, psicólogos, médicos, educadores, investigadores e, naturalmente, pais e famílias.

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é o nome dado a uma síndrome neurobiológica que foi descrita pela primeira vez em 1798 pelo médico e autor escocês Alexander Crichton (Bruning, 2010, 18 de Abril) embora antes dele outros autores tenham feito referência a pessoas com comportamento desatento ou agitado, como é exemplo o dramaturgo Jean François Regnard na sua comédia «Le Distract, 1697» que caracterizou o personagem Léandre como «Monsieur le distract» que era um homem sábio, distraído, frequentemente mergulhado nos seus devaneios, sendo necessário chamar a sua atenção durante as conversas (Neto, 2010).

Crichton no seu livro «An Inquiry Into The Nature and Origin of Mental Derangement (volume I, 1798)» descreve um quadro clínico caracterizado por alto grau de

distratibilidade, que em tudo se assemelhava à atual PHDA. A sua principal manifestação consistia na incapacidade de manter um grau de atenção constante sobre um qualquer objeto (Bruning, 2010, 18 de Abril).

Segundo Neto (2010) Crichton descreveu com sucesso as características que as crianças portadoras deste transtorno apresentavam nomeadamente a falta de atenção, a inquietação e a forma como este quadro afetava o processo educacional. As suas observações são quase completamente consistentes com os critérios para esta perturbação usados hoje em dia e descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico do Transtornos Mentais (DSM-IV).

Fiodor Dostoiévski no seu romance «Niétotchka Niezvânova», de 1849 também descreve uma criança que se aborrece de ficar sentada, movimentando-se continuamente. Por sua vez o médico Heinrich Hoffmann publicou em 1845 o livro para crianças «Der Struwwelpeter» no qual sobressaem duas crianças, uma que não consegue ficar parada durante a refeição derrubando tudo e outra que não presta atenção por onde anda e que acaba por cair dentro de um rio (Neto, 2010). Atendendo ao que se sabe hoje de PHDA, estas duas personagens são caraterísticos portadores, respetivamente do tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e do tipo predominantemente desatento.

2.1.2 – A PHDA no século XX

O marco histórico na evolução da PHDA é atribuído ao pediatra George Still, considerado o pai da medicina na Inglaterra, que, em 1902, através da observação de um grupo de crianças com manifestações proeminentes de impulsividade e défices acentuados de atenção, descreveu um conjunto de sintomas que se aproximam muito dos sintomas hoje considerados como constituindo manifestações fundamentais de PHDA. Still referiu que essas crianças apresentavam uma “deficiência do controlo moral”, baixos níveis de “inibição volitiva de controlo moral” e de atenção, agressividade, hiperatividade tendo ainda outros problemas associados como a desobediência, desonestidade, problemas de aprendizagem escolar (Lopes, 2003).

Conforme referem Schachar e Barkley (1990) citados por Lopes (2003), os distúrbios revelados por essas crianças, eram vistos como tendo uma base biológica, sendo os fatores ambientais e sociais largamente descurados. Do mesmo modo, Still e Tredgold mencionaram que a melhoria do comportamento social através do uso de medicação era considerada meramente temporária (Lopes, 2003). As especulações de Still fizeram história,

uma vez que formulou a hipótese de etiologia neurológica e, já nesse tempo, referiu que os meninos eram mais frequentemente afetados do que as meninas (Lopes, 2003).

Verifica-se que, nesta altura, no início do século XX, “qualquer destes autores reclamava a necessidade de serviços de educação especial para estas crianças, o que, no mínimo, parece indiciar a perceção da vertente educativa do problema e de que algo poderia ser feito para o minorar” (Lopes, 2003, p. 17).

Entre 1936 e 1941 foram publicados um conjunto de trabalhos sobre o tratamento de crianças com diversos tipos de psicopatologias, o que constituiu igualmente um marco importante na evolução do conceito de PHDA e, em geral, dos distúrbios desenvolvimentais da infância.

A denominação “lesão cerebral mínima” surge pelo facto de muitas das observações efetuadas nas décadas de 1930 e 1940 terem sido efetuadas em pacientes com lesões cerebrais associadas aos distúrbios comportamentais. Segundo (Neto, 2010) esta designação foi substituída mais tarde pelo termo “disfunção cerebral mínima”, o qual foi utilizado nas décadas de 1950 a 1970, recebendo, posteriormente designações como “perturbação hipercinética” ou “défice de atenção” (Lopes, 2003).

Tal como refere Neto (2010) o tratamento da PHDA inicia-se no final da década de 1930, quando Bradley, em 1937, descreveu o efeito que as anfetaminas tinham no controle dos distúrbios comportamentais em crianças. Na década de 1950 surge o metilfenidato tendo sido inicialmente indicado para o tratamento da astenia e depressão mas posteriormente passa a ser utilizado sistematicamente em crianças e, a partir da década de 1970, em adultos com PHDA. O mesmo autor afirma que durante a primeira metade do século XX, o PHDA foi considerado uma doença da infância que regredia na adolescência e desaparecia na idade adulta e só mesmo a partir da década de 1970 é que começa a se firmar na literatura o conceito de que esta patologia poderia persistir até à idade adulta.

Chess, num artigo publicado em 1960 dá um avanço significativo em termos de definição de PHDA tendo referido que a criança hiperativa é aquela que, ou realiza atividade a uma velocidade superior ao normal, ou está constantemente em movimento, ou apresenta ambas as situações. Além disso, constatou a elevada frequência de sub-rendimento escolar, de comportamentos de oposição, de dificuldades nos relacionamentos, de agressividade e de impulsividade tendo ainda verificado que a hiperatividade estava associada a outros problemas como lesões cerebrais, esquizofrenia, entre outros (Lopes, 2003).

Os anos 70 foram muito importantes para a definição e conceptualização atuais da PHDA, não só ao nível da emergência dos défices de atenção como também ao nível da produção científica sobre a etiologia, terapêutica e sua avaliação (Barkley, 1990). Virginia Douglas, Ph.D. e Susan Campbell, Ph.D., determinaram que a falta de atenção, sonhar acordado e falta de foco estavam todos associados com impulsividade verbal, física e cognitiva, tendo sido esta a pesquisa de inspiração para o nome Distúrbio de Défice de Atenção (Bruning, 2010, 18 de Abril). Foi nesta década que se passaram a considerar outros fatores etiológicos, nomeadamente os ambientais e se desenvolveram estudos associadas ao efeito das terapias medicamentosas em crianças hiperativas em particular o efeito do metilfenidato que foi retirado do mercado português em 1989 (Lopes, 2003).

Na década de 80, continuaram-se a efetuar muitos estudos sobre a hiperatividade, sendo este, o distúrbio da infância mais estudado. Assistiu-se ao surgimento de novos modelos da PHDA, alguns deles assentes na visão, segundo (Barkley, 1990) de que a PHDA poderia não constituir um distúrbio da atenção e que esta alteração de conceção se devia à enorme variabilidade dos sintomas do distúrbio, ao facto dos estudos cada vez mais sofisticados não confirmarem os problemas de “manutenção da atenção” e à supremacia dos modelos motivacionais sobre os modelos da atenção.

Em 1980, segundo Neto (2010) o DSM-III estabelece de modo detalhado os critérios diagnósticos da PHDA e considera a possibilidade da sua persistência na idade adulta, pelo que desde então as classificações de DSM incluem a possibilidade de PHDA residual no adulto, o que também ocorre na CID-10.

Ainda nesta década, a American Psychiatric Association (APA) renomeou o quadro de Distúrbio de Défice de Atenção e Hiperatividade e definiu três subtipos: com predomínio da desatenção, com predomínio da hiperatividade e o misto, que combina a desatenção e a hiperatividade (Bruning, 2010, 18 de Abril).

A década de 90 constituiu um momento de reflexão sobre as direções para que apontam muitas investigações realizadas nas décadas anteriores. Foi também uma época intensa de investigação, com uma incessante busca de validação de modelos ou de hipóteses anteriormente desenvolvidas. O DSM-IV (APA, 1994) apresenta uma nova subdivisão da lista de sintomas sendo que, por um lado são agrupados os sintomas de hiperatividade-impulsividade e por outro lado os sintomas de desatenção. Por sua vez, estes sintomas devem ser verificados em pelo menos dois contextos estruturados e observados por períodos mais ou menos prolongados, pelo que os professores, como muitos autores referem “são considerados

observadores particularmente privilegiados das manifestações de DHDA” (Lopes, 2003, p. 52).

Segundo Lopes (2003) o conjunto de contribuições da investigação relativa ao DHDA, os modelos de aprendizagem autorregulada e as teorias cognitivas da motivação permitiram que, em 1997, Russel Barkley elaborasse aquele que é até hoje, considerado o modelo mais aprofundado e mais heurístico do DHDA. Este modelo assenta no pressuposto de que a capacidade para a autorregulação não é ensinada sendo o DHDA caracterizado por um défice no desenvolvimento da inibição comportamental. “Esta desinibição comportamental resulta na perturbação das quatro funções executivas ligadas à autorregulação, o que confere ao comportamento e cognições as seguintes características: impulsividade, hiperatividade, inconveniência social e dificuldades de manutenção nas tarefas.” (Barkley, 1994 citado por Lopes, 2003, p. 62).

2.1.3 – Conceito atual da PHDA

Desde que foi descrita pela primeira vez em 1902, por George Still, muitas foram as designações que foram surgindo ao longo do tempo, como por exemplo, disfunção cerebral mínima, défice de atenção, perturbação hipercinética, entre outras, até à atual denominação PHDA de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria. Esta no seu Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais, publicado em 2002 (DSM-IV-TR), utiliza a expressão «Attention Deficit Hiperactivity Disorder», para referir indivíduos que apresentam perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção. De acordo com este manual, a tradução para português é Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) e refere-se a um distúrbio persistente caracterizado por níveis inadequados de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, que se revelam de forma mais intensa e grave que o habitual para indivíduos com o mesmo grau de desenvolvimento, interferindo significativamente no rendimento académico, laboral e até mesmo social.

A Associação Portuguesa da Criança Hiperativa [APCH] (2008) entende a PHDA como:

“uma perturbação de desenvolvimento com carácter crónico, com base genética e neurológica. Esta perturbação interfere com a capacidade do indivíduo em regular e inibir o nível de atividade (hiperatividade), inibir comportamentos (impulsividade) e prestar atenção às tarefas. Estas alterações do comportamento são inapropriadas para o nível de desenvolvimento geral do indivíduo. As manifestações surgem em vários contextos (casa, escola, trabalho, atividades dos tempos livres) e interferem com o seu funcionamento adequado. As crianças experimentam as consequências

negativas desses comportamentos em casa, nas relações com os colegas, no rendimento escolar e têm maior propensão para acidentes e comportamentos de risco. Se não houver tratamento apropriado, muitos destes problemas mantêm-se até à vida adulta podendo levar a uma maior frequência de conflitos conjugais, familiares e profissionais.”

A definição supracitada está de acordo com Sosin & Sosin (2006), para os quais a Desordem por Défice de Atenção com Hiperatividade não é mais do que um distúrbio neurobiológico que pode ser de origem genética e que se manifesta normalmente durante a infância prolongando-se normalmente até à idade adulta, podendo causar frustrações e sofrimento emocional ao longo da vida.

A PHDA é um “distúrbio comportamental crónico, com capacidade para influenciar significativamente ao longo da vida o desempenho académico, familiar, emocional, social e laboral”, causando sofrimento nas crianças atingidas e suas famílias (Cordinha & Boavida, 2008, p. 578). Os modos de apresentação e impacto desta perturbação são variáveis e os sintomas devem ser valorizados, sempre que causem prejuízo no rendimento escolar, ajuste emocional ou social da criança. O impacto desta perturbação pode ser apenas ligeiro e transitório, ou ter uma grave interferência na vida da criança.

Na CID da Organização Mundial da Saúde, em vigor desde 1992, a PHDA é expressa como um distúrbio de início precoce, caracterizado pela falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo e uma tendência a passar de uma atividade para outra sem acabar a primeira, associada a uma atividade global desorganizada, descoordenada e excessiva. Ressaltam, assim, três dimensões essenciais: impulsividade, hiperatividade e défice de atenção.

A PHDA é “um transtorno de base neurológica relacionado com irregularidades na produção de determinados transmissores cerebrais.” (Orjales, 2007, p. 303).

Uma definição resumida de PHDA que engloba de forma geral o que foi referido anteriormente é: um transtorno que corresponde a um conjunto de sintomas que têm uma causa neurobiológica, que seguem uma determinada evolução, curso, prognóstico (Costa, Heleno & Pinhal, 2010).

2.1.4 – Perspetivas futuras

Apesar do conceito atual de PHDA existem ainda muitas controvérsias nomeadamente quanto ao critério de idade de início da doença, ao sistema categorial que requer um número mínimo de sintomas para o diagnóstico e para além disso não são

consideradas diferenças entre os géneros e os diferentes prejuízos funcionais. Relativamente à PHDA no adulto, não existem sequer critérios diagnósticos específicos para a sua classificação (Neto, 2010).

Segundo Rohde (2008) citado por Neto (2010), não existe uma adaptação dos critérios para as diferentes etapas do desenvolvimento infantil. Nas escolas, tal como refere Parker (2003) estão a ser tomadas medidas no sentido de proporcionar, aos alunos de todas as idades com PHDA, programas educacionais adequados, de forma a melhorar a aprendizagem e o desempenho académico destes. “A consciência pública está finalmente a entrar em consonância com o conhecimento científico.” (Parker, 2003, p. 8).

3.1 – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

3.1.1 – Dimensões essenciais da PHDA

A PHDA caracteriza-se clinicamente pela tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade (Asbahr, Costa & Morikawa, 2010). Segundo (Wender citado por Asbahr et al., 2010) os sintomas da PHDA têm características dimensionais podendo fazer parte do comportamento de indivíduos normais. Nos indivíduos com PHDA estes sintomas “manifestam-se com uma intensidade mais grave e frequente que o habitualmente observado em indivíduos com um nível semelhante de desenvolvimento.” (Cordinha & Boavida, 2008, p. 580).

Segundo a APA (2004) para que tais sintomas sejam caracterizados como um problema médico, estes devem estar presentes com uma intensidade maior do que a observada em indivíduos normais da mesma faixa etária e devem acarretar um sofrimento significativo, assim como trazer, no decorrer da vida, piores desfechos clínicos.

Para se caracterizar o quadro como PHDA, “os sintomas não devem ser manifestações isoladas: precisam estar presentes ao longo da história de vida do indivíduo de forma persistente e causar prejuízos significativos nas suas atividades diárias em mais de um contexto.” (Asbahr et al., 2010, p. 147).

Uma característica da PHDA é que os seus sintomas se alteram ao longo da vida do indivíduo, em função do neuro-desenvolvimento. No caso da hiperatividade e da impulsividade, ocorre uma diminuição ou até mesmo o desaparecimento dos sintomas (Shayer, Durán, Figueiredo, Silva & Rosário, 2010). No que respeita à desatenção, segundo (Biederman; Mick & Faraone, 2000 citados por Shayer et al., 2010) esta pode tornar-se mais

proeminente na vida adulta em decorrência do aumento natural da complexidade e da intensidade das necessidades laborais ou académicas às quais as crianças e adultos são progressivamente expostos.

3.1.1.1– Atenção

Segundo Barkley (1998) a atenção é uma função mental complexa relacionada com níveis de alerta, vigilância e capacidade de selecionar tarefas, sustentar a atenção e modificar a estratégia em decorrência dos objetivos da tarefa. As faltas de atenção das crianças com PHDA podem manifestar-se tanto em situações escolares ou laborais como familiares.

O facto de as crianças com PHDA apresentarem uma diminuição da sua atenção face a determinada tarefa relativamente às restantes está sobretudo relacionada com o facto de a tarefa não possuir um valor de atração suficiente ou não parecer produzir recompensa visível e imediata para o sujeito (Barkley, 1990).

“Estas crianças denotam possuir uma ampla reserva de atenção, quando realizam atividades que lhes são extremamente agradáveis.” (Parker, 2003, p. 9). “Tem-se demonstrado que a origem destas manifestações de desatenção originam-se da existência de um deficit cognitivo e não unicamente da falta de motivação para realizar as tarefas.” (Orjales, 2007, p. 296).

Lopes (2003) afirma que a avaliação da atenção através de provas de tipo laboratorial constitui provavelmente uma perda de tempo no despiste da PHDA pelo que é mais importante inquirir os pais e professores relativamente às situações do quotidiano em que a desatenção pareça mais evidente, sem que seja necessário recorrer a qualquer escala específica. Este tipo de avaliação pode acarretar “eventuais problemas de fidelidade”, “a entrevista clínica tem uma importância inultrapassável no diagnóstico da PHDA, não podendo ser substituída por qualquer instrumento de medida ou análise laboratorial” (Lopes, 2003, p. 80).

3.1.1.2– Hiperatividade

Para Shayer et al. (2010) os sintomas de hiperatividade podem ser tanto motores quanto verbais sendo que as pessoas que sofrem deste transtorno são mais inquietas, tendem a permanecer menos tempo sentadas e podem apresentar movimentos corpóreos grosseiros e

desajeitados. As crianças com PHDA “apresentam normalmente níveis de atividade substancialmente superiores à média, quer a nível, motor, quer a nível vocal” (Lopes, 2003, p. 85). Segundo Barkley (1998) os pacientes com PHDA falam em demasia podendo realizar vocalizações e ruídos sem uma motivação aparente.

Os resultados obtidos em medidas objetivas de hiperatividade não têm em geral revelado que a hiperatividade constitua um fator separado da impulsividade (Lopes, 2003).

3.1.1.4– Impulsividade

A desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da própria situação. Este fracasso na inibição de comportamentos denomina-se de impulsividade (Lopes, 2003). Para este autor a impulsividade é pois uma característica da PHDA que se manifesta no comportamento da criança e, conseqüentemente nas relações entre pares e inclusive na sua rejeição/aceitação no grupo.

Para Barkley (1998) citado por Knapp, Bicca & Grevet (2010) a impulsividade caracteriza-se pela dificuldade em inibir a resposta comportamental necessária a uma demanda situacional. A dificuldade em se controlar a resposta comportamental é um dos sintomas mais importantes no TDAH. (Knapp et al., 2010). A impulsividade “reflete-se na incapacidade de controlar as suas emoções e o seu comportamento, característica que é exibida num grau muito superior ao que é típico de outras crianças da mesma idade” (Parker, 2003, p. 10).

As crianças impulsivas são referenciadas como “menos pró-sociais, menos socializadas, menos competentes a lidar com os impulsos agressivos, menos capazes de inibir os impulsos motores, de adiar a gratificação e de resistir à própria tentação” (Cruz, 1987, citado por Lopes, 2003, p. 81).

Diversos autores através dos seus estudos verificaram que não é possível diferenciar a dimensão impulsividade da dimensão hiperatividade. Assim, se as crianças hiperativas são crianças impulsivas e vice-versa pode aglutinar-se os dois termos sob a denominação “desinibição comportamental” (Lopes, 2003). Para (Barkley, 1990) esta última designação constitui o aspeto fulcral da PHDA.

3.1.2– Caraterísticas das crianças com PHDA

As caraterísticas das crianças com PHDA, segundo (Orjales, 2007) incluem aspetos comportamentais, cognitivos e emocionais.

De acordo com Fonseca (1998), as crianças hipercinéticas possuem constelações de sintomas que incluem três categorias: atividade motora excessiva, falta de controlo da atenção e impulsividade. Este autor salienta ainda que, no que refere aos problemas na atenção, estas crianças possuem grande tendência para se distraírem em tarefas repetidas ou monótonas.

“A hiperatividade infantil passa a ser uma doença mental, quando se torna uma conduta-padrão, prejudicando sobremaneira a produtividade profissional, a rotina pessoal e familiar.” (Razera, 2001, p. 34).

“As crianças hiperativas têm mais dificuldade em organizar e controlar de maneira refletida o seu comportamento, quer essa dificuldade resulte dum défice de autocontrolo, da falta de vontade para esperar e pensar antes de agir, duma hipersensibilidade ao prémio imediato, duma grande insensibilidade ao castigo ou de qualquer défice de motivação.” (Barkley, 1995, citado por Fonseca, 1998, p.8).

“As crianças com PHDA são descritas pelos outros como revelando crónicas e excessivas dificuldades de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade nos diversos contextos e situações sociais em que é exigida a manutenção da atenção, o controlo dos movimentos, a inibição dos impulsos e a regulação do seu próprio comportamento.” (Barkley, 2006 citado por Camacho, 2008, p.4).

A hiperatividade é um transtorno que “engloba as seguintes alterações: movimento corporal excessivo; impulsividade; atenção dispersa; inconstância nas respostas; emotividade; coordenação motora pobre; dificuldades de aprendizagem (problemas na aritmética e na leitura e problemas de memória).” (Vallet, 1986 citado por Vásquez, 1997, p. 160).

Verifica-se que Fonseca (1998) e Barkley (2006), tal como Vallet (1986) concordam que as crianças com PHDA apresentam caraterísticas comuns como a impulsividade, desatenção e atividade motora excessiva. A criança hiperativa “é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento”(Falardeau, 1999, p. 21).

Em termos práticos, pode dizer-se que uma criança com PHDA manifesta, na sua atividade diária, padrões comportamentais em que a atividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva. São crianças que têm muita dificuldade em permanecer no seu lugar, que se mexem ou baloiçam continuamente, que mantêm um relacionamento difícil com os colegas intrometendo-se nas suas brincadeiras, não prestam atenção e precipitam as respostas, etc. Nenhuma destas manifestações deve ser confundida com má educação ou faltas

de comportamento ocasionais. Segundo (Serra & Leal, 2007, Junho 5) estas dificuldades apresentadas pelas crianças com PHDA revelam-se no contexto de sala de aula onde por excelência se é mais exigente no que concerne ao cumprimento de regras, sejam elas sociais ou académicas. Podem apresentar dificuldades na escola, que se manifestam aquando da aprendizagem inicial da escrita e da leitura, pelo facto de esta exigir demasiada atenção da sua parte (Berdonces, 2001).

A criança com PHDA caracteriza-se por “uma desorganização pessoal interna e externa, que faz com que seja mais difícil se comportar de uma forma autónoma” (Orjales, 2007, p. 298). As crianças com esta perturbação revelam dificuldades em tarefas que exijam estratégias de resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho (Barkley, 1990 citado por Lopes, 2003). Estas dificuldades apresentadas resultam de um insuficiente esforço para a concretização da tarefa, mais do que a falta de capacidade para a sua realização (Barkley, 1990, 1994; DuPaul & Stoner, 1994 citados por Lopes, 2003).

Cerca de 25% das crianças com PHDA apresenta dificuldades de aprendizagem sendo que aquelas que são predominantemente afetadas por estados de desatenção têm mais probabilidade de apresentar problemas de aprendizagem relacionados com a linguagem e maiores dificuldades em socializarem com os seus pares (Parker, 2003). De acordo com os estudos de Pelham & Render (1982) 50% das crianças hiperativas experienciam dificuldades consideráveis e duradouras de relacionamento interpessoal (Lopes, 2003).

As crianças com PHDA, querem ser frequentemente o centro das atenções sendo que as manifestações variam com a idade, “as menores repetidamente perturbam ou fazem atividades proibidas, enquanto as mais velhas tendem a monopolizar as conversas, são os “palhaços” da turma da escola.” (Silva, 2010, p. 139).

Costa et al. (2010) afirmam que a investigação tem vindo a demonstrar que as crianças com PHDA apresentam, frequentemente problemas nas seguintes áreas, as quais se encontram frequente e intrinsecamente interligadas:

- funções executivas;
- memória de trabalho;
- velocidade de processamento da informação;

Estes problemas parecem associar-se a dificuldades de aprendizagem que podem vir a comprometer o rendimento escolar das crianças com PHDA.

As crianças com esta perturbação não devem ser tratadas como desobedientes e preguiçosas, mas receber a compreensão e a ajuda prática de que necessitam para realizar o seu potencial individual e levarem uma vida plena e feliz (Jones, 2004).

3.1.3– Etiologia da PHDA

Um dos grandes desafios que se colocam tanto a profissionais que trabalham com crianças hiperativas como a pais que têm filhos com estes problemas é o de determinar as causas da hiperatividade. Embora se tenham realizado progressos significativos sobre este tema os resultados ainda não são conclusivos.

As causas que conduzem à PHDA são muito variadas e provavelmente dependentes de fatores diversificados, sendo difícil, na maioria dos casos, determinar uma etiologia precisa. Apesar de não ser possível determinar com precisão as causas do PHDA, realçam-se como os fatores mais prováveis os neurológicos, pré e perinatais, genéticos e os fatores psicossociais (Lopes, 2003).

A teoria que tem maior aceitação como a causa da PHDA, é a teoria neurobiológica, que a considera um distúrbio neurobiológico hereditário (Parker, 2003). Para (Kutscher, 2011), a PHDA resulta de um funcionamento insuficiente dos lobos frontais e pré-frontais, isto é, os lobos frontais não foram totalmente acionados pelo neurotransmissor, a norepinefrina, não conseguindo transmitir dopamina química suficiente para inibir adequadamente outras atividades do cérebro. Os hiperativos são vítimas de uma disfunção dos transmissores neurais, em especial da dopamina, “a dopamina estaria deficiente, o que conduziria a um abrandamento da transmissão entre células. Esse abrandamento criaria uma diminuição da atividade na zona do cérebro afetada.” (Falardeau, 1999, p. 35).

O distúrbio de hiperatividade “não é considerado uma lesão, mas apenas uma disfunção na produção ou ação de neurotransmissores responsáveis pela atenção, sendo os lobos frontais as áreas do cérebro mais afetadas, responsável pela auto-organização, planeamento, crítica, censura, atenção e concentração” (Razera, 2001, p. 49).

Trata-se de um problema generalizado de falta de autocontrolo com repercussões no desenvolvimento, na capacidade de aprendizagem e na adaptação psicossocial (Barkley, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005 citados por Camacho, 2008).

É hoje largamente aceite entre a comunidade científica que as causas da PHDA são presumivelmente muito mais endógenas do que exógenas, ou seja, terão mais a ver com

fatores internos do próprio indivíduo do que com fatores do meio” (Lopes, 2003, p. 133). A PHDA parece assim depender muito mais de anormalidades do desenvolvimento do cérebro, decorrentes de fatores hereditários, do que fatores ambientais (Barkley, 2000; Parker, 2003). Determinados estudos com familiares e com gêmeos de crianças com PHDA têm demonstrado dados significativos quanto à influência da hereditariedade na PHDA (Lopes, 2003). “Os estudos estabeleceram, sem margem para dúvidas, que em mais de 95 por cento dos casos a hiperatividade é hereditária.” (Lopes, 2003, p. 36).

Fonseca (1998) apresenta algumas explicações etiológicas possíveis quanto à origem da hiperatividade:

- Falta de aptidões educativas dos pais;
- Fatores hereditários;
- Açúcar e outros alimentos;
- Neurotoxinas no sangue (por exemplo chumbo);
- Complicações perinatais;
- Perturbações no processo de vinculação filho-mãe;
- Traumatismos crânio-encefálicos;
- Resistência generalizada à hormona da tiroide (GRTH);
- Infeções virais e bacterianas;
- Síndrome do cromossoma X frágil e outras anomalias genéticas;
- Desequilíbrio de neurotransmissores (como dopamina, serotonina, norepinefrina);
- Famílias caóticas ou perturbadas no seu modo de funcionamento;
- Ausência de modelos adequados de comportamentos na família;
- Lesões ou anomalias na estrutura de várias áreas do cérebro;
- Atraso do desenvolvimento cerebral e/ou motor;
- Baixa atividade elétrica do cérebro;
- Atividade metabólica reduzida nas regiões frontais do cérebro;
- Défices regulatórios da atenção;
- A hiperatividade como um simples traço da personalidade.” (Fonseca, 1998,p.16).

Segundo Berdonces (2001) não existe consenso entre os diversos autores sobre o facto de o consumo excessivo de açúcares e edulcorantes poder ser uma causa importante deste distúrbio. Tanto o açúcar como certos edulcorantes, como por exemplo o aspartame podem entrar rapidamente na corrente sanguínea e especialmente este último pode provocar sintomas de hiperatividade em pessoas sensíveis. No entanto, muitos autores são apologistas de que a criança com PHDA deveria fazer uma alimentação rica em vitaminas, minerais e ácidos gordos polinsaturados essenciais.

“Apesar de não existir nenhuma relação direta entre a vida familiar e a PHDA, podem considerar-se diversos fatores de risco” como o baixo nível socioeconómico, famílias numerosas, desagregação ou conflito parental, patologia mental materna e psicopatologia, défices cognitivos e disfunção psicossocial (Cordinha & Boavida, 2008, p. 580).

Entre as possíveis causas investigadas da PHDA realçam-se os fatores biológicos, atraso na maturação, fatores pré-natais e perinatais, influências genéticas e outras variáveis próprias do ambiente da criança. Não há no entanto, dados concludentes que indiquem que qualquer desses elementos separadamente seja o responsável último pela perturbação. A opinião generalizada é que condutas hiperativas são heterogêneas na sua origem (Garcia, 2001).

Embora o conhecimento das causas contribua para um diagnóstico mais rigoroso e possibilite a adoção de medidas preventivas, os pais e educadores devem preocupar-se menos com a busca das causas, visto que é tão imprecisa a sua determinação, e mais com as medidas que reduzam o impacto desta perturbação na vida das crianças.

3.1.4– Prevalência da PHDA

As constantes alterações nos critérios de diagnóstico tem levado a diferentes prevalências e incidências para a PHDA.

A Organização Mundial de Saúde estima que 1% das crianças em idade escolar sofra de hiperatividade infantil (Razera, 2001).

Para Gobbo & Neto (2010) os dados encontrados sobre a prevalência da PHDA variam em grande escala em função da metodologia, do contexto em que ocorrem os estudos, da amostra clínica ou de comunidade, da população estudada e da própria fonte dos dados das amostras.

Independentemente do país em causa, “de acordo com o DSM-IV, a PHDA afeta 1 a cada 16 pessoas, (cerca de 6%)” (Barkley, 1998, p.82). Segundo este mesmo sistema americano de classificação diagnóstico (APA, 1994), as taxas de prevalência da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção devem rondar entre 3% a 5% das crianças em idade escolar, sendo os rapazes mais afetados que as raparigas (Parker, 2003) e advém mais de classes médias que têm determinadas expectativas académicas quanto aos filhos do que de famílias que não têm expectativas.

É do senso comum que existe um componente genético na hiperatividade sendo que “os meninos têm muita mais probabilidade de ser diagnosticados como hiperativos – cerca de quatro a cinco vezes mais – do que as meninas.” (Jones, 2004, p. 8). Para este autor há evidências que a educação de uma criança também pode influir na hiperatividade, sendo que as crianças pertencentes a famílias instáveis, caóticas, em que há desequilíbrio podem tornar-se hiperativas ou desenvolver problemas de comportamento.

Alguns autores como SaferAllen, (1979), Serrano (1990) e Taylor (1991) citados por Garcia (2001) consideram que a hiperatividade começa por se manifestar geralmente entre os 2 e os 6 anos de idade.

De acordo com Serrano (1990) citado pelo Instituto de apoio à criança [IAC] (2009), 8% dos rapazes em idade escolar sofrem de PHDA contra apenas 2% das meninas. Esta discrepância pode estar associada com fatores culturais e físicos e até a aplicação dos critérios de diagnóstico podem ser diferentes. É de ressaltar que os fatores culturais são fulcrais, na medida em que, as expectativas dos pais e dos professores variam segundo o sexo. O autor refere também diferenças hormonais ao nível do sistema nervoso central, dado que o processo de maturação no rapaz é mais lento, fazendo com que esteja mais vulnerável e influenciável, a comportamentos hiperativos.

Segundo a APA (2002) as taxas variam de acordo com a natureza da amostra, com o método de avaliação, com o tipo de fonte de informação, e em função do sexo, da idade, do estatuto sócio – económico, da etnia e do meio de proveniência dos indivíduos.

Polanczyk & Jensen (2008) citados por Gobbo & Neto (2010) revisitaram os estudos de prevalência da PHDA e verificaram uma variabilidade grande na proporção entre o sexo masculino e feminino, chegando a uma proporção média de 2,5 para 1.

3.1.5– Diagnóstico da PHDA

Para que se possa caracterizar o quadro como PHDA “os sintomas não devem ser manifestações isoladas: precisam estar presentes ao longo da história de vida do indivíduo de forma persistente e causar prejuízos significativos nas suas atividades diárias em mais de um contexto” (Asbahr et al., 2010, p. 147), além disso, “ os sintomas normalmente apresentados como definidores do problema são substancialmente voláteis e apresentam variações consideráveis com a idade” (Lopes, 2003, p. 147).

Segundo a APA (2002) o diagnóstico da PHDA resulta da síntese de um conjunto de informação recolhida junto da família, escola/trabalho e do próprio indivíduo, de entrevistas e de uma observação direta.

O diagnóstico de PHDA é essencialmente clínico e baseia-se na avaliação de critérios comportamentais. Dispõe-se de duas classificações diagnósticas desse quadro que são o DSM-IV-TR que utiliza o termo TDHA e a CID-10 da OMS (1992) que usa o termo

TH, transtorno hipercinético, sendo as características das duas classificações bastante semelhantes.

O DSM-IV-TR da APA (2002) divide o PHDA em três subtipos:

- predominantemente desatento
- predominantemente hiperativo-impulsivo
- combinado ou misto

e refere a necessidade da existência de seis ou mais comportamentos de défice de atenção e/ou a existência de seis ou mais comportamentos de hiperatividade-impulsividade, persistirem pelo período mínimo de seis meses, com uma intensidade que é desadaptativa e inapropriada em relação ao nível de desenvolvimento do indivíduo (Camacho, 2008). Estes sintomas devem manifestar-se antes dos sete anos de idade (Parker, 2003; APA, 1994, 2002).

“Utilizando o DSM-IV como instrumento diagnóstico, encontra-se uma maior prevalência do que se for usada a CID-10, sendo que os pacientes identificados como portadores do TH são muito semelhantes aos portadores do TDAH do tipo combinado” (Asbahr et al., p. 153).

Tal como é referido na APA (1994) embora os critérios de diagnóstico no DSM-IV e no CID-10 sejam idênticos o algoritmo de diagnóstico é muito diferente, “resultando uma categoria com limites mais estreitos para a CID-10” (APA, 1994, p. 86)

A falta de atenção, a hiperatividade ou a impulsividade como sintomas isolados podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças (com os pais e/ou com amigos e colegas), de sistemas educacionais inadequados, ou mesmo estarem associados a outros transtornos vulgarmente encontrados na infância e na adolescência.

Os diferentes subtipos dentro do diagnóstico de PHDA, associados aos diferentes níveis de frequência e de intensidade dos comportamentos disruptivos, conduzem a uma grande variabilidade nas respostas e nos comportamentos observados dentro do universo das crianças hiperativas.

Os critérios de diagnóstico apontados pela DSM-IV-TR são:

Falta de atenção:

São indicadores de falta de atenção, que adquirirá características patológicas se, com frequência, forem verificados pelo menos seis deles, são os seguintes:

- não prestar atenção suficiente aos pormenores ou cometer erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;
- ter dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades;

- parecer não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;
- não seguir as instruções e não terminar os trabalhos escolares ou outras tarefas;
- ter dificuldade em organizar-se;
- evitar as tarefas que requerem esforço mental persistente;
- perder objetos necessários a tarefas ou atividades que terá de realizar;
- distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- esquecer-se com frequência de atividades quotidianas ou de algumas rotinas.

Nas situações sociais a falta de atenção pode manifestar-se “por frequentes mudanças na conversa, não prestar atenção aos outros, não manter um raciocínio na conversa e não seguir os pormenores ou as regras de jogos ou atividades” (APA, 1994, p. 81).

Hiperatividade:

Problemas no controlo dos movimentos do corpo, uma excessiva atividade motora e uma necessidade de estar em constante movimento são as manifestações essenciais da criança hiperativa.

Segundo o DSM-IV-TR, uma criança hiperativa deverá apresentar persistentemente os seguintes sintomas:

- movimentar excessivamente as mãos e os pés e mover-se enquanto está sentado;
- levantar-se da sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- correr ou saltar excessivamente, em situações em que é inadequado fazê-lo;
- ter dificuldade em brincar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- agir como se estivesse ligado a um motor;
- falar em excesso.

A hiperatividade pode variar em função da idade do sujeito e do seu nível de desenvolvimento, e o seu diagnóstico deve ser feito cautelosamente nas crianças jovens. (APA, 1994, p. 81)

Impulsividade:

A impulsividade tem manifestações a nível emocional e cognitivo. A falta de controlo emocional leva a criança a agir sem refletir e sem avaliar as consequências dos seus atos, numa busca imediata de satisfação do desejo sentido. A nível cognitivo, as manifestações de impulsividade afetam sobretudo o desempenho escolar. Um comportamento cognitivo

impulsivo leva a criança a responder aos estímulos sem um processo adequado de análise da informação percebida, isto é, é o agir sem pensar (Shayer et al., 2010).

Segundo o DSM-IV-TR, uma criança impulsiva deverá apresentar persistentemente os seguintes sintomas:

- precipitar as respostas antes que as perguntas tenham terminado;
- ter dificuldade em esperar pela sua vez;
- interromper ou interferir negativamente nas atividades dos outros.

A impulsividade “pode levar a acidentes e a envolverem-se em atividades potencialmente perigosas sem ter em conta as possíveis consequências” (APA, 1994, p. 81)

Tanto o DSM- IV como a CID-10 consideram que é necessário que os sintomas se manifestem em mais do que um contexto para que o diagnóstico seja considerado.

Para Rohde (2008) citado por Asbahr et al. (2010) na classificação da CID-10 não se enquadram os subtipos predominantemente hiperativo/impulsivo e predominantemente desatento, e o seu subdiagnóstico causa um grande impacto em termos epidemiológicos e prognósticos, envolvendo também a resposta ao tratamento.

Segundo Lopes (2003) o diagnóstico e a avaliação da PHDA devem incidir sobre áreas que por norma não são alvo de atenção particular, tais como:

- desinibição comportamental, que inclui as medidas que incidam sobre a capacidade de inibir ou parar respostas em curso;
- funções executivas, como sendo as ações autodirigidas que o indivíduo usa para se autorregular;
- comportamentos diretamente observados nos contextos de vida do sujeito;
- sentido do tempo, ou seja, a forma como o sujeito organiza o seu tempo.

Para Barkley (1990) e Zentall (1988), as dificuldades detetadas em crianças com PHDA, podem dever-se a défices nos processos executivos, os quais são responsáveis pela organização e monitorização dos pensamentos e comportamentos dos indivíduos (Lopes, 2003). De acordo com Serra & Leal (2007) torna-se deste modo mais fácil entender o motivo destas crianças demonstrarem problemas na realização de tarefas prolongadas, na sua organização e ainda na falta de método de estudo.

Barkley (1998) relativamente ao diagnóstico da PHDA considera cruciais as medidas de inibição; as informações obtidas durante períodos de tempo prolongados e em diversas ocasiões; as opiniões das pessoas que lidam com o sujeito, as observações múltiplas em

contextos naturais e as medidas de realização comportamental como o funcionamento adaptativo no dia-a-dia.

Para Lopes (2003), idealmente o diagnóstico de PHDA deveria compreender:

- entrevista com a criança, com os pais e professores;
- exame médico;
- questionários aos pais e professores;
- observação direta nos contextos de vida do sujeito.

“Na prática, e no caso de Portugal, é de momento impossível preencher todos estes requisitos” (Lopes, 2003, p. 152).

Por sua vez as escalas como as do DSM-IV apresentam algumas limitações pois os critérios para estabelecer o diagnóstico baseiam-se em dados empíricos; não têm em consideração as diferenças de género nem a influência da idade e as características comportamentais que apresentam são subjetivas e sujeitas a interpretações dos próprios observadores.

3.1.6– Avaliação da PHDA

Para assegurar que a causa dos problemas da criança é a PHDA é necessária uma avaliação a qual é efetuada com a contribuição de vários profissionais, bem como dos pais da criança (Parker, 2003). O processo de avaliação da PHDA é algo complexo pelo que deverá ser apenas realizado por profissionais bastante experientes nesta área específica (Moura, 2013), de preferência por uma equipa multidisciplinar (Cordinha & Boavida, 2008).

A avaliação da PHDA envolve o uso de múltiplos processos e instrumentos e direciona-se resumidamente para o estabelecimento do diagnóstico, para a avaliação do percurso de intervenção, para a avaliação das situações de comorbilidade, para avaliar as áreas fortes e fracas em termos psicológicos e considerar como é que o perfil do indivíduo poderá influenciar a intervenção (Barkley, 1998). Neste processo de avaliação é crucial não só determinar a presença de critérios de diagnóstico mas também de sinais ou sintomas de outros distúrbios associados os quais são fatores de risco para uma evolução menos favorável (Cordinha & Boavida, 2008).

Além de uma avaliação médica cuidada, é essencial obter informação dos pais e professores (Lopes, 2003), uma vez que estes fornecem dados sobre o desempenho da criança em diversos meios, nomeadamente no meio familiar e escolar.

A análise do meio familiar, escolar e social adquire grande importância na avaliação das crianças e adolescentes com PHDA (Garcia, 2001). O mesmo autor refere ainda que “ na hiperatividade, as exigências sociais de controlo da atividade motora, persistência e concentração nas tarefas, etc., não podem ser as mesmas para crianças com idades distintas.” (Garcia, 2001, p. 45).

Segundo Cordinha & Boavida (2008), esta avaliação deve incluir uma abordagem médica e comportamental, as quais incluem os seguintes itens:

Avaliação médica				
Anamnese - características e competências emocionais e sociais da criança - temperamento - hábitos de sono - aprendizagem - atividades extracurriculares - ambiente familiar - regras de disciplina - expectativas dos pais	Antecedentes pessoais - desenvolvimento motor e da linguagem - dificuldades académicas - fatores de risco pré, peri e pós-natais	Antecedentes familiares - PHDA - distúrbios psiquiátricos (depressão, doença bipolar, ansiedade, tiques) - doenças genéticas (X-Frágil) - Contexto social da família	Exame objetivo	Avaliação do desenvolvimento psicomotor, visão e audição - exame neurológico sumário
Avaliação comportamental				
Observação direta na consulta	Informação de pais e professores	Critérios DSM- IV	Questionários: - Conner (pais/professores) - Achenbach (pais/professores/auto)	Comportamentos comórbidos (agressividade, conduta, oposição)

Quadro 1: Avaliação médica e comportamental da PHDA (Adaptado de Cordinha & Boavida, 2008, p. 582)

Para estes autores é importante interrogar os pais sobre os comportamentos incluídos nos critérios de diagnóstico DSM-IV e caso estes estejam presentes atender à duração, frequência e gravidade de cada um deles. Deve ter-se em consideração a idade de início dos sintomas, o contexto em que ocorrem e o seu impacto funcional, nomeadamente em termos escolares (Cordinha & Boavida, 2008).

De acordo com Moura (2013), o processo de avaliação deve ser multimodal e englobar várias etapas tais como:

(1) recolha da informação anamnésica, a qual deve a mais exaustiva e completa possível, abordando aspetos da história médica, clínica, comportamental, escolar e educativa da criança, bem como informações sobre as dinâmicas e práticas familiares, e questões socioculturais. Para Garcia (2001) este processo pode iniciar-se partindo das entrevistas aos

pais, professores, aluno e de seguida usar-se escalas de avaliação que permitem avaliar a criança hiperativa, mediante a informação proporcionada pelos entrevistados;

(2) aplicação de questionários e checklists específicos da PHDA;

(3) observação direta do comportamento da criança nos diversos contextos relacionais (exemplos: casa, escola, grupo de pares) para determinar o grau de frequência e intensidade dos comportamentos disruptivos;

(4) avaliação neuropsicológica (funções executivas) para se avaliar as funções da inibição da resposta, memória trabalho, planeamento, autorregulação, distratibilidade/interferência, etc.;

(5) avaliação complementar para despistar possíveis problemáticas do foro médico que possam estar a determinar o comportamento da criança, assim como a avaliação de outras áreas (exemplo: avaliação intelectual/cognitiva).

Moura (2013) e Cordinha & Boavida (2008) são unânimes ao considerar a informação anamnésica, a aplicação de questionários e a avaliação neurológica etapas cruciais na avaliação de uma criança com suspeita diagnóstica de PHDA.

3.1.7– Processos de Intervenção na PHDA

As nossas crianças passam uma grande parte do seu tempo na escola, num ambiente onde o cumprimento de regras é essencial. Pressupõe-se que elas sejam capazes de ouvir e seguir instruções, respeitem os outros e estabeleçam relações positivas com eles, aprendam o que lhes é ensinado, se empenhem na aprendizagem e, que permaneçam várias horas sentadas. As crianças com PHDA manifestam, de um modo geral, uma grande dificuldade em cumprir tudo o que foi descrito anteriormente, o que irá requer adaptações e concessões de parte a parte.

Segundo Lopes (2003) a PHDA não é curável, uma vez que não se trata de uma doença nem de uma situação patológica, mas pode ser controlada pelo que só o conhecimento e análise de cada caso e das características de cada criança, em particular, permitirão seleccionar a forma de tratamento mais adequada e ajustada a cada situação. Deste modo “lida-se com a situação e procura-se mantê-la dentro de limites que não se revelem gravosos para o sujeito e para os que com ela convivem” (Lopes, 2003, p. 199).

Como a PHDA é considerada uma perturbação que está relacionada com o meio envolvente, a escola enquanto espaço de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal tem que se adaptar às particularidades destas crianças, sem nunca perder de vista que a PHDA é uma perturbação crónica de base orgânica, cujas manifestações são agravadas pelas características

ambientais, que é tratável mas não é curável, e que se prolongará por todo o percurso escolar do aluno (Barkley, 1998).

Para DuPaul & Stoner (1994), não se podem dissociar os problemas comportamentais e os problemas de aprendizagem. Constituindo a escola um marco importante na vida da criança qualquer intervenção para ser eficaz deverá também incidir nas áreas académicas. Se houver uma melhoria nestas áreas ela conduzirá à diminuição dos comportamentos perturbadores, pelo que a metodologia mais adequada deve incidir nos problemas de aprendizagem e conjuntamente nas condutas perturbadoras.

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

A PHDA é “um quadro psicopatológico complexo que afeta todo o desenvolvimento psicoemocional, cognitivo e social da criança, por isso a intervenção desse transtorno deve abranger um número amplo de dimensões.” (Orjales, 2007, p. 302).

O processo de intervenção na PHDA deverá, de acordo com (Lopes, 2003) englobar várias metodologias e estratégias de intervenção. Os estudos apontam para a existência de três abordagens fundamentais: a medicação, as intervenções comportamentais baseada em técnicas de modificação de conduta e as intervenções cognitivo-comportamentais, que utiliza técnicas cognitivas e comportamentais, as quais muitos autores consideram atualmente ineficazes. É importante ressaltar que nenhuma destas intervenções promove a cura da PHDA, mas sim uma redução temporária dos sintomas e das dificuldades associadas ao problema como por exemplo a depressão, baixa autoestima, baixo rendimento escolar (Barkley, 1998).

Para Cordinha & Boavida (2008) a intervenção precoce e atempada é desejável, atendendo às consequências da PHDA. O plano terapêutico na maioria dos casos inclui a toma de medicação, associada ou não a terapia comportamental. De acordo com estes autores, o objetivo do tratamento é controlar os sintomas da PHDA contribuindo desta forma para a melhoria do desempenho académico e das competências sociais da criança, aumentando a sua autoestima.

A terapia comportamental está associada a modificações que devem existir em casa e na escola bem como em qualquer outro lugar onde a criança passe algum tempo do seu dia.

Deve haver uma adaptação de expectativas e exigências, assim como a modificação de atitudes dos pais e professores/educadores, evitando a crítica, promovendo o reforço positivo e valorizando os comportamentos adequados da criança (Cordinha & Boavida, 2008).

Segundo Fowler (2000), as expectativas e as exigências do meio, têm um impacto direto nas dificuldades que as crianças com PHDA sentem. Assim, a compreensão que as pessoas significativas, sobretudo os adultos com quem a criança convive diariamente tiverem sobre esta problemática, determinarão a exibição mais ou menos expressiva dos sintomas de hiperatividade com défice de atenção.

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

3.1.7.1-Intervenção farmacológica

Os psicostimulantes são fármacos de primeira linha na terapêutica farmacológica da PHDA (Cordinha & Boavida, 2008). Para (Boavida, 1998 citado por Cordinha & Boavida, 2008) a medicação não deve ser usada de forma isolada, em qualquer caso requer sempre associação de modificações comportamentais.

Muitos estudos levaram a que se adotassem os estimulantes, alguns antidepressivos, bem como a clonidina, anti-hipertensivo, como opções terapêuticas no tratamento da PHDA (Lopes, 2003). Segundo o mesmo autor, o uso de fármacos permite uma melhoria no comportamento, no rendimento escolar e no relacionamento social numa percentagem entre 70% e 90% das crianças tratadas, porém, “a medicação só por si não é solução” (Lopes, 2003, p. 237), deve pois ser usada como parte duma combinação de tratamentos e não a única forma de tratamento (Barkley, 1997 citado por Lopes, 2003, p. 241).

Os medicamentos apenas corrigem os sintomas, não tratam a doença, não devendo ser administrados a crianças muito pequenas pois apresentam diversos efeitos secundários (Berdonces, 2001). Os fármacos não anulam o défice de atenção/ hiperatividade mas por sua vez “reduzem as suas manifestações, facilitam a adaptação social e escolar da criança e otimizam os benefícios dos tratamentos cognitivos-comportamentais.” (Carlson et al., 1992 citado por Orjales, 2007, p. 303). Os efeitos benéficos da medicação “incluem melhora da concentração, diminuição da impulsividade, diminuição dos comportamentos agressivos e/ou antissociais, diminuição da hiperexcitabilidade e diminuição da agitação motora” (Gattás, Nunes, Reis, Santos & Rosário, 2010, p. 282).

“Todos os medicamentos administrados no tratamento da PHDA visam a normalização da quantidade de neurotransmissores nos lobos frontais do cérebro.” (Selikowitz, 2010, p. 201).

A administração de estimulantes é, para Orjales (2007), tradicionalmente usada no tratamento das crianças com PHDA, porque produzem um aumento das catecolaminas, fazendo com que as crianças com hiperatividade mantenham melhor a atenção e reduzam a hiperatividade motora. Há três tipos de estimulantes usados para tratar a PHDA: o metilfenidato, as anfetaminas e a pemolina (Gattás et al., 2010). Esta medicação vai estimular diretamente certas áreas do cérebro que apresentam um défice no funcionamento, sendo “a única forma de tentar normalizar a falta de atenção, a impulsividade e os comportamentos inadequados.” (Lopes, 2003, p. 239). A medicação irá pois “fornecer as competências neurológicas básicas para cumprir as abordagens comportamentais”, “estimula as partes frontais do cérebro que não estão a inibir as distrações da forma que deviam.” (Kutscher, 2011, p. 48).

O metilfenidato, cujo nome comercial é Ritalina, bem como a destroanfetamina, conhecida por Dexedrine são os estimulantes mais frequentemente prescritos (Lopes, 2003; Parker, 2003). Estima-se que cerca de 70% das crianças que tomam estimulantes apresentam melhorias (Parker, 2003).

De acordo com Cordinha & Boavida (2008) estão disponíveis várias formulações terapêuticas de metilfenidato, de eficácia semelhante e tempo de ação variável, dependendo a sua escolha das atividades de cada criança, tal como se apresenta neste quadro:

Formulações terapêuticas de metilfenidato disponíveis em Portugal			
	Ação curta	Ação intermédia	Ação longa
Nome comercial	Rubifen®	Ritalina LA®	Concerta®
Dosagem	10 mg	20, 30, 40 mg	18,36 mg
Dose inicial	5-10 mg	20 mg	18 mg
Dose máxima	60 mg	60 mg	72 mg
Início de ação	20 – 60 min	30 min – 2 h	30 min- 2 h
Duração de ação	3 a 6 horas	6 a 8 horas	10 a 12 horas

Quadro 2: Formulações terapêuticas de metilfenidato (Fonte: Cordinha & Boavida, 2008, p.583)

A grande maioria dos indivíduos com PHDA, que não apresenta comorbilidades, responde à medicação estimulante (Cordinha & Boavida, 2008).

Os efeitos secundários que advém da toma de estimulantes são em geral a perda de apetite, insónia, cefaleias, dores abdominais (Parker, 2003; Vásquez, 1997) e a possibilidade de ataque hepático (Falardeau, 1997).

A clonidina e a guanfacina são os agentes adrenérgicos, mais utilizados em crianças e adolescentes, sendo usados no tratamento do PHDA como alternativa ao metilfenidato ou como adjuvante deste (Gattás et al., 2010). “Os emplastos de clonidina oferecem a vantagem de terem efeito ao longo de vários dias” (Parker, 2003, p 22).

Os antidepressivos tricíclicos como a imipramina e a desipramina também têm sido prescritos às crianças com PHDA, apresentando como efeitos secundários falta de apetite, dores de estômago, tonturas, obstipação e taquicardia ligeira (Parker, 2003).

O efeito terapêutico dos antidepressivos parece ocorrer mais “na esfera comportamental ou em relação a outros sintomas associados ao DHDA do que no desempenho cognitivo” (Gattás et al., 2010, p. 287). A utilidade dos antidepressivos é maior nas crianças que para além de apresentarem PHDA, apresentem também ansiedade e/ou depressão, verificando-se uma melhoria no estado de humor destas, mostrando-se mais alegres, menos iráveis e menos ansiosas (Lopes, 2003).

A decisão de se iniciar a toma de fármacos deve advir do somatório de diferentes fatores “apoio médico e dos pais, presença de hiperatividade/DHDA e grau de severidade dos sintomas” (Lopes, 2003, p. 257). Quando as crianças com PHDA tomam um medicamento adequado, as melhorias são significativas afetando “a aprendizagem, o comportamento, as competências sociais e o estado emocional” (Selikowitz, 2010, p. 204).

A duração do tratamento com medicamentos dependerá primeiramente da gravidade dos sintomas e posteriormente da sua evolução (Falardeau, 1997). Para este autor, os medicamentos embora possam reduzir os sintomas da hiperatividade devem ser conjugados com outras terapias. Visto que a criança ganha mais competência quando é medicada, as outras formas de tratamento tornam-se mais eficazes como é o caso das técnicas comportamentais e dos programas educativos (Selikowitz, 2010).

De uma forma geral pode dizer-se que a administração de fármacos produz um efeito regulador mais eficaz na atividade motora, aumentando a atenção, reduzindo a impulsividade e, nalgumas crianças, a agressividade, produzindo uma melhoria substancial naquilo que mais preocupa pais e educadores – o rendimento escolar.

É importante realçar que nem sempre é necessário, ou mesmo conveniente, prescrever medicação a todas as crianças que apresentam esta perturbação. A opinião mais consensual, entre especialistas, é a de receitar medicação quando os métodos psicológicos se revelam insuficientes.

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

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

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

A decisão de administração de medicamentos deve ser sempre bem ponderada, tendo em conta a situação individual de cada criança a todos os níveis, desde o plano da saúde individual aos sintomas secundários e às condições de vida familiar e escolar.

“O tratamento da hiperatividade consiste, desde há várias décadas, basicamente na administração de fármacos, especialmente estimulantes, assim como na aplicação de métodos comportamentais e cognitivos. Ambas as modalidades de tratamento têm obtido êxito, melhorando o comportamento da criança em diferentes aspetos.” (Garcia, 2001, p.59).

3.1.7.2-Intervenção cognitivo-comportamental

Este método supõe que as crianças com PHDA apresentam um défice nas estratégias e competências cognitivas exigidas para executarem de forma satisfatória as atividades escolares. Nesse sentido este tipo de tratamento cognitivo-comportamental “tenta aumentar o uso de linguagem como atividade encarregada de interiorizar o controlo sobre o comportamento” (Vasquez, 1997, p. 176). Foi com este intuito que se desenvolveram os programas de treino para crianças com PHDA.

O treino em autoinstruções, que se baseia na função autorreguladora da linguagem (Vasquez, 1997) tem sido aplicado desde há várias décadas sendo concebido para tratar os défices das crianças com PHDA:

“consiste em modificar as verbalizações internas que um sujeito emprega quando realiza qualquer tarefa, e em substituí-las por verbalizações apropriadas para obter êxito na sua realização. Trata-se, portanto, de modificar as instruções internas com o objetivo de alterar, positivamente, o comportamento manifesto” (Garcia, 2001, p. 81).

Para muitos autores, tal como afirma Garcia (2001), o objetivo desta técnica não é ensinar à criança o que tem de pensar mas sim como o deve fazer.

Segundo Jones (2004) a terapia comportamental baseia-se num sistema de recompensas e punições adequadas, no qual o comportamento desejado é elogiado e recompensado e o comportamento desajustado é ignorado ou repreendido. A terapia cognitiva age nos processos de pensamento consciente em vez de se aprofundar no inconsciente e em geral dura um curto período de tempo.

Quanto à eficácia deste tipo de intervenção, verificou-se que este método é eficaz para modificar as estratégias cognitivas, pelo menos em tarefas sensoriomotoras mas não modifica de forma significativa as condutas sociais alteradas e desconhece-se a capacidade de a estratégia aprendida ser usada na resolução de problemas da vida real (Garcia, 2001).

Para além da técnica referida existem outros programas como o programa de Autocontrolo de Kendal e colaboradores (1980) que combina técnicas de conduta e cognitivas (Vásquez, 1997), o treino de comportamentos sociais que ajuda as crianças a melhorar as suas relações sociais e a técnica da tartaruga (Vásquez, 1997; Garcia, 2001) que é sobretudo usada em crianças mais pequenas e tem como objetivo ensinar as crianças a controlar as suas próprias condutas alteradas, impulsivas e hiperativas.

3.1.7.3-Intervenção psicoeducacional

O tratamento psicoeducacional tem como objetivo orientar portadores e familiares sobre a PHDA, a necessidade e as possibilidades do uso de medicamentos e as estratégias gerais no manejo de algumas dificuldades comportamentais do quotidiano (Gattás et al., 2010). Esta intervenção engloba programas para pais, intervenção nas dinâmicas familiares e na relação pais-criança e programas de intervenção na escola e na sala de aula, entre vários outros.

Este tipo de intervenção figura de forma proeminente nas referências ao tratamento para a PHDA, inclusive nos documentos oficiais orientadores da Academia Americana de Pediatria (AAP, 2001) e da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP, 2007).

A abordagem psicoeducacional deverá primeiramente passar por informar os pais sobre as principais características das crianças com PHDA e ensinar/trabalhar sobre as práticas educativas parentais mais adaptativas, através de programas de treino para pais monitorizados regularmente. Segundo (Webster-Stratton, 1999 citado por Gattás et al, 2010) algumas medidas que devem ser implementadas durante o tratamento são:

- valorizar e elogiar comportamentos adequados e tentativas envolvendo a persistência em tarefas;
- estabelecer regras claras as quais devem ser transmitidas para a criança de forma clara, objetiva e olhos nos olhos;
- organizar uma rotina para a criança e avisá-la com alguma antecedência da atividade que está por vir explicitando o que é esperado que ela faça;
- organizar o ambiente de modo a que o local de estudo não esteja cheio de objetos que dificultem a manutenção do foco numa tarefa.

A orientação aos pais visa facilitar o convívio familiar, ajudar a entender o comportamento do portador de PHDA e ensinar técnicas para controlo dos sintomas e prevenção de futuros problemas e, por sua vez, a orientação escolar visa facilitar o convívio de crianças com PHDA com colegas e evitar o desinteresse pela escola e pelos estudos.

As intervenções comportamentais desenvolveram-se a partir dos anos 60, tendo por base a publicação de vários trabalhos que vieram evidenciar a possibilidade de controlar o comportamento das crianças, através da alteração das variáveis ambientais com ela relacionadas (Garcia, 2001). Os métodos utilizados orientam-se no sentido de controlar os comportamentos alterados e “ supõem que estes dependem de fatores, acontecimentos ou estímulos presentes no ambiente” (Garcia, 2001, p. 70). Segundo esta perspetiva, controlando os aspetos ambientais é pois possível reduzir, alterar ou melhorar o comportamento infantil.

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

Tal como refere Vasquez (1997) as estratégias de modificação do comportamento têm como objetivo induzir respostas adequadas, aumentando a probabilidade do comportamento desejável se repetir, e diminuir a probabilidade da ocorrência dos comportamentos inadequados, levando-os à extinção.

Segundo Vasquez (1997), a estratégia de intervenção segue por norma os seguintes passos:

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

Um comportamento inadequado só se extingue quando é substituído por um comportamento socialmente aceitável. Ou seja, o reforço positivo aumenta a probabilidade de um comportamento ocorrer novamente e um reforço negativo é usado para diminuir um comportamento inadequado (Costa et al., 2010).

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

Os principais aspetos ou áreas a ter em consideração no tratamento de uma criança com PHDA são (Vasquez, 1997):

- preparação de um ambiente de aprendizagem adequado;
- treino de relaxação que pode incluir exercícios de controlo muscular, controlo visuomotor e cognitivo;
- atividades que aumentem o nível de atenção-concentração como ordenação de séries, preenchimento de espaços, exercícios de raciocínio lógico, entre outros;
- realização de jogos educativos.

Para Barkley (1998), a intervenção mais eficaz, e que conduz a uma melhoria no rendimento escolar, é aquela que se desenvolve no contexto escolar e no exato momento da ocorrência do comportamento, através da aplicação de consequências positivas mais salientes

e frequentes e de consequências negativas mais consistentes, associadas a uma adequada adaptação do ambiente.

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

3.1.7.3.1- Ambiente familiar

Segundo Moreno (2006) citado por Costa et al. (2010), a utilização de um programa de treino para os pais das crianças com PHDA é uma opção de intervenção eficaz e consolidada. Este treino comportamental parental parece trazer benefícios no incremento das competências e dos conhecimentos dos educadores sobre a PHDA bem como “na promoção de uma atitude mais positiva e favorável para reagir à criança, reduzindo o stress familiar e parental e promovendo uma postura mais firme e consistente de gestão comportamental.” (Costa et al., 2010, p. 29) e “visa proporcionar aos pais as habilidades necessárias para lidar com o filho hiperativo” aumentando a confiança dos pais e diminuindo o stress da família (Jones, 2004, p. 82).

Barkley (1998) desenvolveu um programa de treino para pais de crianças com PHDA. Segundo o autor, os pais necessitam de fornecer instruções e regras específicas, sistemáticas e firmes para além das consequências para a adesão às regras com uma maior frequência do que a necessária para outras crianças e para além disso os pais precisam de aprender técnicas para o manejo dos comportamentos opostos apresentados frequentemente por crianças com PHDA.

No seio familiar as técnicas de modificação comportamental centram-se nos seguintes princípios (Vasquez, 1997):

- a disciplina deve ser um ato conduta;
- deve existir uma certa rotina;
- as regras devem ser explícitas para se evitar punições;

- os esforços escolares devem ser recompensados. “A recompensa deve sublinhar o esforço, não o resultado. E o esforço pedido deve ser razoável, proporcional às capacidades da criança.” (Falardeau, 1999, p. 113);
- os pais devem atuar como modelos positivos;
- observação e registo sistemático de comportamentos hiperativos;
- utilização de novos sistemas de reforço como fichas, contratos, elogios sociais.

É fundamental que “para que a terapia comportamental em casa tenha resultados uma necessidade de um apoio continuado, a manter a motivação dos pais, a coordenação no desenvolvimento do programa” (Vasquez, 1997, p. 173).

3.1.7.3.2- Ambiente escolar

As terapias de comportamento na escola devem visar tanto o progresso académico como a diminuição da sintomatologia comportamental, embora a prioridade deva ser dada ao primeiro aspeto (Vasquez, 1997). Para o autor, algumas técnicas comportamentalistas mais frequentemente utilizadas na sala de aula, para tratamento das crianças hiperativas e que são as mais eficazes são:

Individuais:

1- Programas para o incremento de comportamentos desejáveis:

- reforço social e material, aumenta a probabilidade de ocorrência do comportamento adequado através da recompensa (uma atenção, um louvor, um sorriso, um afeto, um rebuçado...). O reforço deve ser individual, seguir imediatamente o comportamento desejado, ser fornecido de forma sistemática, inicialmente, para depois ser gradualmente retirado;
- sistema de créditos ou economia de fichas, pontos ou fichas concedidos após a realização de um comportamento-objetivo e, posteriormente, trocáveis por determinadas recompensas;
- contratos comportamentais, duas ou mais pessoas estabelecem com o aluno um acordo escrito onde determinam o comportamento desejado e as consequências que advirão do seu cumprimento ou incumprimento.

2- Programas para a diminuição de comportamentos indesejáveis:

- abolição - ignorar os comportamentos desadequados;
- custo da resposta - perda de uma recompensa esperada;
- sobrecorreção – solicitar trabalhos extra;
- time-out - tempo fora da turma;
- reforço de comportamentos alternativos.

Grupais

- economia de fichas;
- colegas como agentes de modificação:
 - o comportamento de uma criança leva a que toda a turma seja recompensada;
 - todo o grupo trabalha para um objetivo para conseguir a recompensa, sendo que cada criança ganha pontos individualmente para o grupo;
 - competição entre grupos, com uma recompensa para os que atingirem o objetivo ou for o melhor grupo.

3.1.8 – Estratégias de intervenção no contexto educativo que conduzem ao sucesso escolar

3.1.8.1-Estratégias de intervenção na escola

É na escola que se manifestam mais facilmente dois grandes grupos de sintomas que são a conduta disruptiva da criança e as suas dificuldades de aprendizagem (Vasquez, 1997).

Muitos estudos sugerem que o insucesso das crianças com PHDA, na escola, não se deve apenas às suas características de comportamento, resultado de fatores biológicos, mas sim a uma conjugação entre estes e fatores do contexto escolar, nomeadamente: a dificuldade e duração das tarefas a realizar; o interesse das tarefas, os materiais utilizados e a motivação para as tarefas. Ou seja, o sucesso escolar depende do ajuste entre as variáveis biológicas do indivíduo e as variáveis do contexto (Rodrigues, 2005).

Outro problema que se coloca é o das regras da sala de aula. A sua quebra, ultrapassagem ou ignorância constituem uma das áreas de maior conflitualidade entre os professores e os alunos com PHDA. Na maior parte das vezes, a escola tenta modificar a

situação, centrando-se na criança e ajustando-a ao contexto escolar, surgem então, as punições e o ciclo vicioso agrava-se conduzindo a um maior insucesso.

Para Rodrigues (2005), compete à escola construir um caminho de sucesso para estas crianças. O primeiro passo, consiste em encarar a situação como um todo, um sistema em equilíbrio precário, que necessita de ser reorganizado e estruturado. É necessário equacionar os elementos deste sistema e as interações que entre eles se estabelecem. Intervir na escola, implica modificar contextos e práticas, assim como, atitudes.

“A inclusão de um aluno com problemas de aprendizagem revela os limites da escola e os conceitos de aprendizagem e avaliação.” (Figueiral, 2010, p. 338).

Por serem muito longos, os períodos trimestrais de avaliação têm-se revelado inadequados para alunos com PHDA. A eficiência da parceria entre os professores e a escola reside no grau de compromisso assumido no acolhimento do aluno, na recetividade ao projeto e nos recursos disponíveis para serem usados na instituição. O desenvolvimento de estratégias está diretamente relacionado com as necessidades de cada criança (Figueiral, 2010).

O que se tem verificado é que o trabalho em parceria com as escolas na inclusão de alunos com PHDA e problemas de aprendizagem ainda tem um longo caminho para percorrer pois a inclusão ainda transita em espaços rígidos, distante de ser uma realidade.

Segundo Rief & Heimburge (2000) as escolas devem:

- recorrer com mais frequência a equipas multidisciplinares a fim desse desenvolverem planos destinados a melhorar áreas como a académica, a comportamental ou outros objetivos;
- desmultiplicar a orientação/formação entre docentes;
- proporcionar aos professores mais formação nas seguintes áreas: gestão de sala de aula; características dos alunos com PHDA; estratégias de ensino eficazes tanto para os alunos com PHDA como para os outros; técnicas de motivação que envolvam os alunos e reduzam as oportunidades de ocorrência de comportamentos desajustados;
- estabelecer um projeto disciplinar para toda a escola e implementá-lo de forma consistente.

Cordinha & Boavida (2008) apresentam várias estratégias educacionais a ter em conta na intervenção na escola, em crianças com PHDA:

Estratégias educacionais em crianças com PHDA
“- ambiente tranquilo, com turma reduzida; - apoio educativo individualizado ou eventual apoio da educação especial; - evitar fontes de distração, localização preferencial na primeira fila, próximo do professor; - estabelecer regras de funcionamento na sala de aulas, regularmente recordadas; -estabelecer planos diários de atividades, adaptados às características atencionais e comportamentais da criança; - associar tarefas que impliquem alguma atividade motora; - sempre que possível usar estímulos visuais; - as instruções devem ser curtas e frequentemente repetidas, avaliando a sua compreensão; - apoio na organização do pensamento; - evitar confrontação ou crítica frequente; - reforço positivo, com reconhecimento público e elogio das aquisições; - incentivo à participação frequente do aluno nas tarefas escolares; - evitar a exposição da criança a situações em que terá dificuldade em controlar-se; - os trabalhos de casa devem ter um plano organizado, e sempre que possível, apoio dos pais;”

Quadro 3: Estratégias educacionais em crianças com PHDA (Fonte: Cordinha & Boavida, 2008, p. 584)

As atividades extracurriculares assumem um papel determinante pois “ajudam a libertar tensões acumuladas, contribuem para a aquisição de competências sociais e promovem o cumprimento de regras, além de melhorar a condição física da criança.” (Cordinha & Boavida, 2008, p. 584).

O Diretor da escola deve compreender bem a PHDA para que possa pôr em prática um plano de tratamento multimodal, que inclui controlo do comportamento, apoio educativo especial e medicação. As turmas onde estão inseridas as crianças com esta patologia devem ser mais pequenas, as salas de aula devem ser espaços fechados e os alunos dispostos em filas. A escola deve apresentar regras claras que as crianças com PHDA consigam entender e além disso deve ter, no seu corpo docente, professores de apoio que lhes possam dar ajuda suplementar na turma (Selikowitz, 2010).

3.1.8.2- Estratégias de intervenção do professor em sala de aula

Nos últimos anos, tal como Parker (2003) refere tem-se escrito muito sobre os tipos de programas educacionais que melhor podem ajudar alunos com PHDA ou acerca das características de professores que podem auxiliar estas crianças a terem um melhor desempenho escolar.

A hiperatividade no contexto da sala de aula, deve ser considerada um problema, que não se resolve facilmente e que se prolonga no tempo. Os professores têm de ser capazes de estabelecer um plano de ação para estas crianças, que seja consistente, prolongado e que esteja sempre ativado.

Os professores devem participar ativamente na construção de um modelo de intervenção e, “mais seguros na relação com o aluno, acabam por reconstruir o vínculo de confiança e cumplicidade, fundamental para o processo de aprendizagem” (Figueiral, 2010, p. 337).

Para Dupaul e Stoner (1994) citados por Lopes (2003) consideram que para uma bem sucedida gestão de comportamentos de alunos com PHDA há que ter em consideração os seguintes aspetos:

- avaliação minuciosa dos problemas do aluno para que se possam delinear estratégias de intervenção eficazes;
- deve ser dado «feedback» ao aluno sobre as suas atividades, bem como reforços e recompensas. “Os reforços e as recompensas devem ser substituídos ou alternados frequentemente para se evitar a habituação ou saciação.” (Lopes, 1998b, p. 28);
- a reprimenda após o comportamento desajustado deve ser breve, calma, direta e de preferência ser dada em privado;
- os trabalhos não devem ter passos em demasia e não devem ser repetitivos;
- o professor não deve orientar a sua ação apenas para o controlo dos comportamentos do aluno;
- a recompensa deve ir ao encontro das atividades que a criança gosta de realizar;
- deve criar-se um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos desviantes sejam mais prevenidos que corrigidos e o professor seja mais proactivo do que reativo.

Vários autores, segundo Lopes (2003) sugerem um conjunto de comportamentos proactivos do professor para a promoção de comportamentos adequados tais como:

- lembrar as regras de sala de aula dando exemplos do cumprimento e incumprimento destas. “O professor deverá ajudar a criança a lembrar-se das regras e consequências e repeti-las em voz alta.” (Lopes, 1998b, p. 29);
- utilizar o contacto visual;
- informar quais os comportamentos necessários para a realização de uma dada tarefa, antes mesmo do início dela;
- circular entre as carteiras dos alunos;
- usar um sistema de sinais que indiquem mudança de atividade ou impedimento de comportamentos desadequados;
- dirigir a aula bem como o ritmo suave da mesma;
- assegurar que as atividades escolares e extraescolares são compreendidas pelos alunos;

- comunicar de forma clara e frequente as expectativas sobre a gestão do tempo disponível para a aula.

“Apesar de não existirem dois alunos com PHDA exatamente iguais e a necessitarem precisamente do mesmo tipo de ambiente de aprendizagem, existem alguns princípios gerais que parecem fazer sentido que sejam seguidos quando se ensina alunos hiperativos” (Parker, 2003, p. 55). Para este autor:

- o professor deve manter uma aula estruturada e uma rotina na sala de aula pois tornam a aula mais previsível auxiliando o aluno a formar bons hábitos comportamentais. Devem ser planificadas as atividades que vão ser desenvolvidas ao longo da aula (Rodhe & Benczik (1999);
- o professor deve treinar as competências organizacionais do aluno, incentivando-o a ser organizado. O reforço positivo no início motivará o aluno para se dedicar mais tempo a organizar o seu trabalho e materiais;
- o docente deve ter uma atitude positiva e ajustar as suas expectativas em relação ao aluno, para que este possa ter algum sucesso. Os alunos com PHDA apresentam dificuldades em estabelecer objetivos. As metas de aprendizagem devem ser realistas, pelo que dividir projetos em tarefas mais pequenas (Rodhe & Benczik, 1999) e estabelecer um prazo de entrega para cada uma delas pode ajudá-los a obter sucesso em cada fase;
- as regras de sala de aula devem ser negociadas no início do ano com o aluno, bem como a escolha das possíveis consequências decorrentes do incumprimento de cada regra e as recompensas pelo cumprimento das mesmas. Para Rodhe & Benczik (1999) deve afixar-se as regras de sala de aula num lugar visível. “Poder-se-á facilitar as coisas afixando as regras de conduta de forma bem visível em cartazes muito coloridos” (Falardeau, 1999, p. 111). As regras devem fazer-se cumprir de forma consistente devendo o esforço do aluno para agir em conformidade com as mesmas elogiado;
- modificar a apresentação das aulas pois a apresentação de atividades diversificadas em sala de aula é o meio para evitar que os alunos se distraiam, orientando-os para que estejam atentos na execução da tarefa proposta e simultaneamente motivados. O professor deve elaborar listas de tarefas que vão de encontro ao interesse dos alunos.

“Os professores devem conceber as suas salas de aula e os seus planos de aula tendo em mente a motivação. As salas de aula que têm centros de interesse recheados de ideias para estimular mentes criativas e professores entusiastas que mantêm essas mentes ocupadas são as mais indicadas para alunos com DHDA.” (Parker, 2003, p. 56).

O professor deve usar estratégias e recursos de ensino flexíveis (Rodhe & Benczik, 1999). Para Falardeau (1999) o método de ensino deveria ser diferente todas as duas ou três semanas e as formas de ensino deviam permitir que as crianças fossem mais ativas que passivas.

- as experiências pessoais da criança com PHDA para transmitir os conceitos e conhecimentos, bem como o uso de computadores podem mais facilmente captar e fixar a atenção do aluno. Os recursos informáticos para além de aumentarem a motivação e a atenção podem servir de reforço compensatório ao bom comportamento do aluno (Falardeau, 1999). Pode aumentar-se a motivação do aluno transformando tarefas em jogos (Rodhe & Benczik, 1999);

- a carteira do aluno com PHDA deve ser individual, localizar-se num local estratégico, para que este se distraia o menos possível com as paisagens, ruídos exteriores e outros colegas. Para que se focalize a atenção da criança, a criança deve sentar-se na primeira fila, evitando salas de aula com muitos estímulos e trabalhos em grandes grupos (Rodhe & Benczik, 1999);

- o professor deve identificar e reforçar os pontos fortes do aluno, podendo procurar áreas em que o aluno com PHDA se destaque e possa contribuir para os seus pares originando sentimentos de orgulho e responsabilidade para o aluno. “para além de reforçar uma autoestima vacilante, a preocupação positiva de um professor incentivará os alunos a porém mais esforço no seu trabalho, tanto para satisfazerem o professor como a si mesmos.” (Parker, 2003, p.57);

- o professor deve dar ao aluno instruções específicas, breves e repetidas uma única vez, devendo estas ser repetidas em voz alta pelo aluno e posteriormente murmuradas enquanto as segue (Lopes, 1998b). Deve ser usada uma linguagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança (Rodhe & Benczik, 1999). A instrução pode ter de ser seguida de um aviso ou consequência. As consequências devem ser aplicadas de forma calma, firme e direta;

- o professor deve evitar o recurso a castigos desnecessários ou injustificados, ignorando os comportamentos menos adequados quando estes não são demasiado graves.

Para Parker (2003) “a automonitorização é um método de ensinar os alunos a prestarem atenção ao seu comportamento e a avaliarem o seu próprio desempenho, com o objetivo de melhorar o autocontrolo” (Parker, 2003, p. 58). Este processo requer que o aluno aja como um observador do seu próprio comportamento e registre as suas observações. Deve ser usado na sala de aula para ajudar os alunos a prestar atenção e concluírem tarefas académicas, para aumentar a velocidade de desempenho na sala de aula e para controlar o comportamento. Segundo Rodhe & Benczik (1999) deve encorajar-se uma estrutura para

autoinformação e monitorização para que a criança seja um agente ativo do processo de aprendizagem. Ao medir os seus progressos a criança irá melhorar o seu rendimento escolar (Falardeau, 1999).

Foram publicados vários programas de automonitorização concebidos para ajudar alunos com PHDA a fixarem melhor a atenção na aula. (Parker, 1990 citado por Parker, 2003) desenvolveu o Programa “Ouve, Olha e Pensa”, em que é utilizada uma cassete que emite um sinal sonoro de vez em quando para estimular o aluno a manter a atenção nas tarefas. Por sua vez o aluno regista numa ficha própria se estava a prestar atenção quando o som foi emitido.

Para além dos princípios que foram referidos para ajudar o professor a ter sucesso com o aluno com PHDA, Rodhe & Benczik (1999) mencionam outras sugestões que podem tornar mais fácil e agradável o trabalho com crianças com PHDA que são:

- conversar a sós com a criança e recolher possíveis sugestões;
- usar a caderneta do aluno como meio de comunicar com os pais da criança;
- elogiar os sucessos do aluno tanto quanto possível;
- reduzir a frequência de atividades cronometradas que apenas reforçam a impulsividade destes alunos;
- avaliar mais pela qualidade e menos pela quantidade das tarefas realizadas.

A estas sugestões podem ser acrescentadas outras apresentadas por (Barkley, 1990 citado por Lopes, 1998a) como os períodos de aula dedicados à área académica deverem ser intercalados com breves momentos de exercício físico e os assuntos académicos deverem ser trabalhados antes dos assuntos que exigem maior atividade e não sejam académicos. “É conveniente prever períodos de repouso e de exercício.” (Falardeau, 1999, p. 111). Para este autor deve haver uma redução da carga de trabalho da criança em função das suas capacidades, bem como proporcionar-lhe períodos de trabalho mais curtos e mais frequentes, sem que isso penalize a sua aprendizagem.

Para Rodhe & Benczik (1999) para que se reduza o comportamento hiperativo e/ou impulsivo deve fazer-se o reforço positivo do comportamento esperado através de elogios ou recompensas, permitindo que a criança saia da sala de aula por breves instantes para que esta se possa reorganizar internamente e separando o aluno dos pares que estimulam e encorajam o comportamento inadequado. Por outro lado, para que se aumente a atenção do aluno, devem utilizar-se estratégias de ensino participativo, utilizar vários recursos de ensino que não sejam somente o computador e a voz, esquematizar os conteúdos da aula e estimular a criança com PHDA a ler em voz alta.

Seja qual for a intervenção do professor, esta deve ter por base o conhecimento dos interesses, saberes, dificuldades do aluno, as suas causas bem como as expectativas do discente (Sanches, 1996). Após este conhecimento, o docente deve adequar os processos de ensino às estratégias de aprendizagem do aluno.

O docente tem de entender primeiro com quem está a lidar, o que distingue aquela criança com PHDA das demais, para depois adotar as estratégias mais eficazes que facilitam a sua inclusão e contribuem para o seu sucesso escolar. Deverá saber aproveitar os interesses da criança, criando situações quotidianas que a motivem, e oferecer «feedback» consistente, imediatamente após o comportamento da criança (Rief, 2001).

Os principais obstáculos para implementar estratégias em sala de aula são o tempo do professor e a sua atitude em relação às estratégias. Além disso, o professor deve ter disponibilidade para equilibrar as necessidades das outras crianças com a atenção requisitada por uma criança com PHDA.

Segundo Barkley (1998) o estilo de trabalho do professor, além das características pessoais deste profissional, tem importante impacto sobre o comportamento em turma e sobre o desempenho académico de crianças com PHDA. Professores mais entusiasmados e dinâmicos parecem ter maior facilidade para aumentar a participação destas crianças. Para este autor a utilização de sistemas de fichas, incluindo custo de resposta, parece auxiliar no desenvolvimento e manutenção do comportamento adequado e do desempenho académico.

As estratégias utilizadas com melhores resultados incluem controlo de estímulo, divisão das tarefas em pequenas partes de forma a torná-las compatíveis com os períodos que a criança consegue manter a concentração e o estabelecimento de tarefas a serem realizadas em intervalos curtos de tempo (Barkley, 1998).

As sugestões práticas que visam facilitar o controlo comportamental da criança ou adolescente em sala de aula segundo Barkley (1998) e com as quais os autores (DuPaul & Stoner, 1994; Lopes, 2003; Parker, 2003; Falardeau, 1999; Rodhe & Benczik, 1999; Vasquez, 1997) corroboram são:

1. adaptar a quantidade de tarefas em sala à capacidade de atenção da criança;
2. modificar o estilo de ensino e currículo (exemplo: incluir tarefas que envolvem a participação);
3. utilizar regras externas (exemplos.: pósteres, auto-verbalizações);
4. usar frequentemente o reforço e utilizar custo de resposta;
5. empregar consequências imediatas para o comportamento;

6. utilizar reforços de maior magnitude (exemplo: sistema de fichas);
7. determinar limite de tempo para conclusão de tarefas;
8. estabelecer hierarquia para custo de resposta em sala de aula;
9. se as estratégias anteriores não surtirem efeito, considerar a reunião com os pais e encaminhamento da criança;
10. coordenar as estratégias utilizadas na escola com aquelas utilizadas pelos pais em casa;
11. controlar o próprio «stress» e frustração ao lidar com a criança.

Tal como refere Cordinha & Coutinho (2008) o momento do diagnóstico e início de intervenção são o fator mais importante; a presença de comorbilidades, particularmente características comportamentais de agressividade e perturbação da conduta e de oposição, são desfavoráveis na evolução do distúrbio.

A intervenção oportuna, visando melhorar o rendimento escolar, a aquisição de competências emocionais, sociais e mecanismos compensatórios pode influenciar o prognóstico de forma positiva.

Capítulo 2 – Enquadramento Empírico

2.1 – Metodologia

A metodologia de um trabalho de investigação científica pressupõe um conjunto de etapas e estratégias que se podem englobar em três momentos: a planificação global, o enquadramento teórico e a pesquisa empírica. A metodologia e os instrumentos usados devem estar em consonância com os objetivos definidos. O nível e o rigor de uma investigação são determinados pelo objetivo geral proposto e depende do grau de complexidade da situação. O processo de investigação implica uma atitude incessante perante o conhecimento.

Neste trabalho, numa primeira fase, na planificação global, foi feita a formulação do problema e definiu-se o objetivo geral, os objetivos específicos e as perguntas orientadoras. Verificou-se necessidade de fazer uma pesquisa documental recorrendo-se a diversas fontes tais como Programa Educativo Individual do aluno com PHDA, relatórios, Projeto Curricular de Turma, Projeto Educativo do Agrupamento de Escolas, para melhor caracterização do objeto a investigar e do contexto onde está inserido.

Numa segunda fase da investigação, fez-se uma pesquisa de referências bibliográficas sobre a problemática da PHDA de forma a adquirir conhecimentos e colher diferentes ensinamentos e perspetivas e um levantamento de referências teóricas sobre as NEE, a escola inclusiva, o conceito de PHDA e as estratégias de intervenção dos docentes. O objetivo desta fase foi conferir o rigor científico ao trabalho, através da consulta da opinião de autores de reconhecida idoneidade no domínio do estudo.

A terceira e última fase do estudo permitiu consolidar no terreno perceções dos elementos de uma amostra previamente determinada, procurando no seu entendimento respostas para o problema. Nesta investigação a opção metodológica elegida foi o método de análise intensiva ou de caso (Greenwood, 1963). Trata-se de um método de organização e tratamento de dados da investigação, que se destina a estudar um fenómeno concreto, um caso particular, razão pela qual foi o método escolhido. Nesta investigação definiu-se como objeto o estudo das estratégias de intervenção que contribuem para a inclusão e o sucesso escolar de um aluno diagnosticado com PHDA cujo rendimento escolar foi sendo comprometido ao longo dos anos. Esse aluno foi o Francisco, nome fictício, de 9 anos no quinto ano de escolaridade.

Para realizar a parte prática deste estudo, foi usada a observação direta pela técnica de observação não participante e a observação indireta, cujo instrumento de observação foi o

questionário (Quivy & Campenhoudt, 1998). A complementaridade da técnica de observação com a técnica do questionário permitiu efetuar um trabalho de investigação aprofundado, que ao ser conduzido com lucidez e com as precauções necessárias, apresentou um grau de validade satisfatório.

Para a realização desta investigação cumpriu-se legalmente com a autorização à Direção do Agrupamento de Escolas, à qual pertence a Escola Y, aos professores da Turma X e à Encarregada de Educação do aluno com PHDA (Apêndice A).

2.1.1 – Estudo de caso

2.1.1.1 – Design do estudo

A opção metodológica deste estudo delinea-se pelo design misto, com recurso aos métodos quantitativo e qualitativo.

Trata-se de um estudo não experimental cujo método de investigação é o estudo de caso o qual se foca nas circunstâncias, dinâmicas e complexidades de um caso singular. São usadas diferentes técnicas de investigação, o inquérito por questionário e a observação direta, para que através da triangulação das informações obtidas se validarem os resultados encontrados. Tal como refere Couto (2011, 29 de Maio), no estudo não experimental as variáveis de interesse do estudo são observadas ou mensuradas como ocorrem naturalmente e apresenta como exemplos de pesquisa de levantamento de informações aquela em que os próprios participantes respondem a questionários sobre os seus comportamentos, ou pesquisas fundamentadas em observação naturalística.

O principal objetivo do estudo de caso consiste em compreender o caso selecionado para estudo. (Pope & Mays, 2006) referem que os estudos de caso iniciam-se geralmente e são mais valiosos quando uma mudança planeada está a ocorrer no mundo real e quando se mostra importante perceber o motivo pelo qual estas mudanças têm sucesso ou, ao invés, falham.

Yin (1994) define o estudo de caso como uma abordagem empírica que investiga um fenómeno atual no seu contexto real quando os limites entre determinados fenómenos e o seu contexto não são claramente evidentes, e no qual são utilizadas muitas fontes de dados. O autor refere ainda que o estudo de caso constitui a estratégia preferida quando se pretende responder a questões de “como” ou “porquê” e em que o estudo se foca na investigação de um

fenómeno atual no seu próprio contexto. Para Yin (1994) o estudo de caso pode ser conduzido para um dos três propósitos básicos: explorar, descrever ou ainda explicar.

De uma forma geral, os estudos de caso iniciam-se com a identificação das questões de investigação que derivam de preocupações relativamente às implicações de uma nova política ou estratégia. Uma fase prévia de trabalho científico é encetada para produzir informação que pode ser utilizada para identificar ou refinar as questões de investigação (Pope & Mays, 2006). Neste estudo, a pergunta de partida teve como base um problema existente na sala de aula e resultou da súpula das informações obtidas através da leitura e pesquisa bibliográfica.

Para Pope & Mays (2006), depois de identificada a questão de investigação o próximo passo consiste na seleção das técnicas a utilizar e, por último, a equipa de investigação tem a difícil tarefa de abordar a problemática em função dos resultados do estudo e determinar com a maior abrangência possível as implicações daí resultantes. O nosso estudo teve um carácter exploratório tendo sido realizada uma análise quantitativa através da aplicação de um questionário, uma análise qualitativa através da observação direta nos quais os dados obtidos foram cruzados e analisados, seguindo a informação de Yin (1994), que recomenda quatro fases para o planeamento dos estudos de caso:

- a) Desenho do estudo de caso;
- b) Conduzir/acompanhar/relatar o estudo de caso;
- c) Analisar a evidência suscitada pelo estudo de caso;
- d) Desenvolver as conclusões, recomendações e implicações.

A metodologia adotada nesta investigação seguiu as recomendações propostas por Yin (1994), as quais estão de acordo com as apresentadas por Pope & Mays (2006), e desenvolveu-se tendo por base as quatro fases referidas anteriormente.

Neste estudo de caso, considerou-se como objeto a análise das estratégias de intervenção que contribuem para a inclusão e o sucesso escolar de um aluno com PHDA cujo rendimento escolar foi sendo comprometido ao longo dos anos. Esse aluno é o Francisco, de 9 anos, do quinto ano de escolaridade, ingressou o 1ºCiclo com 5 anos. Apesar de o rendimento escolar do Francisco ao longo do primeiro ciclo ter sido em geral pouco satisfatório, o aluno nunca reprovou. Após a conclusão do 4º ano de escolaridade o Francisco mudou de escola tendo integrado a turma X, da Escola Y.

Para conduzir e acompanhar o estudo de caso foram usadas as seguintes técnicas:

- aplicação de um questionário aos professores do aluno com PHDA, da turma X, da escola Y, para caracterizar a amostra; conhecer as estratégias de intervenção com as quais os docentes concordam com a sua aplicação; saber qual a perceção destes relativamente à inclusão do aluno numa turma regular e se o aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina que lecionam; aferir as estratégias que contribuem para o sucesso escolar do aluno e as que têm maior impacto no seu rendimento escolar;
- observação direta do aluno no contexto de sala de aula para verificar a aplicação de algumas estratégias de intervenção dos professores.

Após a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, fez-se a articulação dos dados obtidos quantitativamente por aplicação de questionário com os dados obtidos por observação direta do aluno em causa e procedeu-se à triangulação de dados. A qualidade desta análise depende, segundo Pope & Mays (2006), da aptidão, visão e integridade do investigador.

Segundo Hamel (1993) citado por Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira & Pinto (2008) a escrita do estudo de caso deve compreender três qualidades de rigor:

- a escrita deve ser livre de processos estilísticos;
- deve incluir a demonstração de conhecimentos como por exemplo fórmulas ou equações;
- a linguagem deve ser irreduzível, de forma a facilitar a sua compreensão.

Este estudo foi apresentado tendo em consideração os atributos que segundo Hamel (1993) são cruciais quando se pretende desenvolver um trabalho rigoroso e credível.

Para Yin (1994), o estudo de caso tem as seguintes limitações:

- falta de rigor;
- influência do investigador;
- são muito extensos e exigem muito tempo;
- fornece poucas bases para a generalização.

O estudo de caso tem como intenção a análise em profundidade de uma realidade sem que seja pretensão do investigador a generalização dos resultados, pelo que só é possível a generalização na medida em que os outros se revejam na imagem que os resultados da investigação sugerem.

Tal como noutros tipos de investigação, também nos estudos de caso é necessário assegurar a validade e fiabilidade do estudo. A fiabilidade pode ser assegurada mediante uma descrição pormenorizada e rigorosa do modo como o estudo foi realizado, implicando uma explicitação dos pressupostos e da teoria subjacente ao próprio estudo, mas também uma

descrição do processo de recolha de dados e da forma como se obtiveram os resultados (Carmo & Ferreira, 1998). Todas as fases deste estudo foram descritas em pormenor e de forma rigorosa para assegurar a fiabilidade da investigação.

A validade interna pode ser garantida por triangulação (utilização de vários investigadores, fontes de dados ou diferentes métodos), verificando se os dados recolhidos estão de acordo com o que os participantes disseram ou fizeram e se a interpretação foi correta, realizando observações longas ou repetidas, discutindo os resultados com outros investigadores, e envolvendo os participantes em todas as fases da investigação (Carmo & Ferreira, 1998). Neste estudo os docentes que compõem a amostra foram observados em contexto de sala de aula para se verificar algumas respostas dadas no questionário.

2.2 – Situação Problemática

2.2.1 – Formulação da questão de investigação

Este estudo pretendeu perceber a perceção dos docentes face à inclusão de alunos com PHDA nas salas de ensino regular e as estratégias de intervenção que contribuem para o sucesso escolar destes alunos.

A questão de partida para este estudo foi:

Qual a perceção dos docentes da turma X, da escola Y, acerca da inclusão e da pedagogia diferenciada para o sucesso escolar em aluno com PHDA?

2.2.2 – Contextualização da situação problemática

O Francisco tem 9 anos de idade, aluno do quinto ano, que ingressou no 1ºCiclo com 5 anos. Apesar de o rendimento escolar do Francisco ao longo do primeiro ciclo ter sido em geral pouco satisfatório, o aluno nunca reprovou. Após a conclusão do 4º ano de escolaridade o Francisco mudou de escola tendo integrado a turma X, da Escola Y. Verificou-se que o desempenho a nível académico do aluno diminuiu à medida que o grau de dificuldade das atividades foi aumentando. Ainda no 1º Ciclo foi diagnosticado ao aluno Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, tendo o mesmo ficado abrangido pelo Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro, integrando as alíneas a) e b) e d) do nº2 do art.º 16º que são respetivamente o Apoio Pedagógico Personalizado pelos professores da turma e pelo

professor de educação especial, as Adequações Curriculares Individuais e as Adequações no Processo de Avaliação. O Francisco toma medicação a qual tem vindo a ser ajustada ao longo do seu desenvolvimento.

2.3 – Definição dos objetivos da investigação e perguntas orientadoras

2.3.1 – Objetivos da investigação

Este estudo teve como objetivo geral aferir quais as estratégias de intervenção dos professores que facilitam a inclusão e contribuem para o sucesso escolar de um aluno com PHDA pertencente à turma X da escola Y.

Após uma reflexão sobre o tema e sobre a literatura analisada, e partindo do objetivo geral, esta investigação tentou responder aos seguintes objetivos específicos:

- 1) Sensibilizar os docentes para a problemática da PHDA motivando-os para que tomem consciência progressiva das suas responsabilidades profissionais para com este tipo de crianças;
- 2) Inferir sobre a relação entre as variáveis que caracterizam a amostra e a inclusão do aluno com PHDA numa turma regular;
- 3) Relacionar o sucesso do aluno com a opinião dos docentes face à inclusão do aluno com PHDA numa turma regular;
- 4) Conhecer as estratégias de intervenção com que os professores concordam com a sua aplicação no contexto de sala de aula;
- 5) Conhecer as estratégias de atuação que contribuem para uma melhoria da aprendizagem e sucesso escolar do aluno com PHDA;
- 6) Identificar as estratégias de intervenção dos docentes que têm maior impacto no rendimento escolar do aluno com PHDA.

2.3.2 – Perguntas orientadoras

As questões que estão subjacentes aos objetivos específicos e às quais se pretendeu dar resposta nesta investigação foram:

- 1) De que forma o género e a idade dos docentes influenciam na inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular?
- 2) De que modo as habilitações profissionais e a carreira dos docentes (tempo de serviço e situação profissional) influem na perceção que estes têm face à inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular?
- 3) De que maneira a formação contínua e/ou especializada dos docentes no âmbito da Educação Especial interfere na perspectiva destes acerca da inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular?
- 4) Quais as estratégias de intervenção com que os professores concordam com a sua aplicação no contexto de sala de aula?
- 5) Qual a relação entre a perceção que os professores têm sobre a inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular e o rendimento escolar do discente com PHDA na disciplina que lecionam?
- 6) Quais as estratégias de atuação que os professores utilizam em sala de aula que contribuem para o sucesso escolar de um aluno com PHDA?
- 7) Quais as estratégias de intervenção dos professores, em contexto de sala de aula, que maior impacto têm no rendimento escolar de um aluno com PHDA?

2.4 – Amostra

A investigação foi realizada na Escola Y de um Agrupamento de Escolas pertencente à rede pública. A população são os professores de um aluno do 5º ano inserido na Turma X da Escola Y, ao qual foi diagnosticado PHDA.

Segundo Stake (1995), citado por Coutinho & Chaves (2002) o estudo de caso não é uma investigação baseada em amostragem, pelo que não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o caso. A escolha da amostra no nosso estudo foi intencional, baseando-se em critérios pragmáticos e teóricos e não em critérios probabilísticos (Bravo, 1998 citado por Coutinho & Chaves, 2002). Esta escolha prendeu-se com o facto de melhor acessibilidade e facilidade de recolha de dados. Ou seja, tratou-se de uma amostra não probabilística por conveniência. Desta forma, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa da população, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria, não lhe conferindo o devido rigor científico (Coutinho & Chaves, 2002).

Após o investigador ter circunscrito o seu campo de análise, ele tem três opções:

“ou recolhe dados e faz incidir as suas análises sobre a totalidade da população coberta por esse campo, ou a limita a uma amostra representativa dessa população ou estuda apenas algumas componentes muito típicas, ainda que não estritamente representativas, dessa população” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p. 112).

Neste estudo, foi escolhida uma amostra representativa da população, que corresponde aos professores que lidam com o aluno semanalmente durante mais tempo, excluindo-se os professores de apoio pedagógico acrescido, o professor de educação especial e os docentes das atividades extracurriculares.

A caracterização da amostra foi feita a partir dos dados obtidos na primeira parte do questionário e teve por base os seguintes indicadores: género, idade, habilitações profissionais, tempo de serviço e situação profissional dos docentes.

2.5 – Caracterização do meio, escola, turma e aluno com PHDA

2.5.1 - Caracterização do meio

O Agrupamento de Escolas inclui-se no distrito de Santarém, numa zona de transição entre o Maciço Calcário Estremenho e a Bacia Terciária do Tejo. Delimitando as suas fronteiras, temos os municípios de Torres Novas a Este, Santarém a Sul e Sudoeste, Porto de Mós a Noroeste e Ourém a Nordeste. É um concelho acidentado, com múltiplas elevações e numerosos vales, com aproximadamente 12.700 hectares. A maior parte da zona norte da autarquia foi integrada, em 4 de Maio de 1979, no Parque Natural das Serras de Aire e Candeeiros.

O Concelho de Alcanena foi criado a 8 de Maio de 1914, a partir da desanexação de parte dos concelhos de Torres Novas e Santarém, passando a ser constituído por 10 freguesias: Alcanena, Bugalhos, Espinheiro, Louriceira, Malhou, Minde, Moitas Venda, Monsanto, Serra de Santo António e Vila Moreira são as freguesias que constituem o concelho, com aproximadamente 15000 habitantes. Os habitantes do concelho de Alcanena distribuem-se de forma desigual pela sua área. De facto, nas freguesias de Alcanena e Minde, que perfazem pouco mais de 25% da área total, reside quase metade da população do concelho.

Esta região é caracterizada por solos férteis e significativos recursos hídricos. A sua variedade paisagística assenta em duas vertentes distintas: a Serra (a norte) caracterizada pelas

superfícies elevadas e agrestes das Serras de Aire e Candeeiros, e o Bairro (a sul), onde se estendem as planícies, as colinas baixas e as encostas. Aqui, encaixa-se a Bacia Hidrográfica do Rio Alviela, a mais importante nascente cársica do país.

Terra de ideais republicanos, a sua história é, acima de tudo, a história dos curtumes, restando poucas dúvidas quanto à importância decisiva desta indústria para a sua afirmação como centro populacional expressivo a partir do século XVII.

2.5.2 – Caracterização da escola

O Agrupamento de Escolas do estudo é constituído por 27 estabelecimentos de ensino entre os quais a Escola Y. A Escola Y dispõe de três ciclos: 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico, ensino noturno com Educação e Formação de Adultos e Formação Modular. A escola funciona em regime diurno e noturno com as atividades letivas a decorrerem, de 2ª a 6ª feira, entre as 8 horas e 30 minutos e as 23.30h. Estas desenvolvem-se no interior da escola, com exceção das aulas curriculares de Educação Física que são lecionadas no Pavilhão Municipal e nas Piscinas Municipais do concelho. A escola tem refeitório, biblioteca escolar e campo de jogos, sendo o estado de conservação do edifício bom. No que diz respeito ao parque informático a escola possui um laboratório de informática, tendo sido reforçada pelo Programa PRODEP “Equipa de Missão Computadores, Redes e Internet na Escola – CRIE”, através da medida 9 – Tecnologias da Informação e da Comunicação, com computadores portáteis em 2006, e, em 2009, com computadores desktop, projetores multimédia e quadros interativos, no âmbito do Plano Tecnológico para a Educação. Importa referir a existência, na freguesia à qual pertence a Escola, de um estabelecimento de ensino artístico que celebrou com esta um protocolo, no sentido de:

- assegurar a constituição de turmas que pretendam frequentar o ensino especializado da música de nível básico e/ou secundário;
- promover condições para a frequência da componente especializada do currículo, no todo ou em parte, lecionada nos estabelecimentos de ensino do Agrupamento.

As crianças que frequentam a escola Y têm acesso a um Programa de Atividades de Enriquecimento Curricular, sendo a Câmara a entidade promotora deste projeto. Neste âmbito, as crianças beneficiam de:

- a) Atividades de apoio ao estudo;
- b) Ensino do Inglês;

- c) Atividade Física e Desportiva;
- d) Ensino da Música;
- e) Oficina de Expressão Criativa.

2.5.3 – Caraterização da turma

A turma X do 5º ano à qual pertence o Francisco é composta por 19 alunos, 9 raparigas e 10 rapazes. Dos 19 alunos que compõem a turma, a quinze de Setembro, dois tinham onze anos, doze tinham 10 anos e cinco tinham nove anos. Apesar de haver alguma diferença de idades, a média é de 10 anos. Todos os alunos têm nacionalidade portuguesa com exceção de dois alunos em que um tem nacionalidade ucraniana e outro tem nacionalidade francesa. Quase todos os alunos frequentaram a mesma escola no 1º Ciclo havendo apenas uma aluna que frequentou o 1º ciclo em França.

Todos os alunos residem no Conselho pertencente, distribuindo-se pelas diferentes freguesias do Conselho, assim: quatro residem em Alcanena, dois em Moitas Venda, um em Minde, um na Gouxaria, seis em Malhou, dois em Vila Moreira, um em Pousados, um na Louriceira e um na Raposeira. A maior parte dos alunos desloca-se para a escola de autocarro, havendo contudo três que se deslocam de carro, três a pé e dois alternam carro com autocarro. A maioria dos alunos almoça habitualmente no refeitório da escola e apenas três almoçam em casa.

Do ponto de vista socioeconómico, os alunos são, predominantemente, oriundos de agregados familiares pouco numerosos. Verifica-se no entanto que há três alunos cujos agregados familiares são um pouco maiores face à média da turma. Os meios de subsistência para a maioria destas famílias são os sectores secundário e terciário. Dos 19 alunos apenas um não possui computador e somente quatro não têm acesso à Internet.

Respeitante às habilitações académicas do agregado familiar, verifica-se uma maior percentagem de níveis acima do 2º ciclo, havendo sete encarregados de educação que frequentaram o ensino secundário. Apenas uma Encarregada de Educação tem uma formação de nível superior.

Quanto às expectativas dos alunos, a maioria apenas tenciona concluir o 12º ano e só sete têm a intenção de prosseguir estudos. No que concerne às atividades que a maioria dos alunos pretende ver dinamizadas nas aulas são: trabalhos de grupo, aulas com material áudio e/ou vídeo, trabalhos de pares e aulas práticas e experimentais. Os alunos distribuem o tempo

livre, maioritariamente, na prática desportiva, no visionamento de programas televisivos, na audição de música, em jogos de computador e consola, na internet e nas saídas com amigos.

Dos 19 alunos apenas 7 têm o hábito de estudar todos os dias. A maioria dos alunos tem ajuda nos estudos, sendo apoiados normalmente pela mãe e algumas vezes pelo pai e irmãos.

Apesar de a maioria dos alunos apresentar um percurso regular, existem alunos com algumas retenções. Assim, três alunos apresentam uma retenção e dois alunos apresentam duas retenções. Na turma existem três alunos ao abrigo do Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro, sendo um deles o Francisco.

A turma tem, além dos professores das várias disciplinas, disponível uma Psicóloga, um Técnico de Reabilitação Psicomotora, uma Professora de Educação Especial e dois professores de apoio pedagógico acrescido.

2.5.4 – Caraterização do aluno

2.5.4.1 – No contexto familiar

Considerando todas as informações obtidas através da anamnese, os pais do Francisco são aparentemente pessoas saudáveis, salientando-se o facto da irmã sofrer de doenças alérgicas, o avô materno de alcoolismo e uma prima ser disléxica. Segundo informação da mãe a gravidez do Francisco foi desejada. Durante este período de gestação a mãe teve de se submeter a um exame radiológico, raios X. A mãe, em conversa com a Diretora de Turma referiu que é usual o filho magoar-se com facilidade uma vez que sempre foi muito energético e ativo. Quando era bebé, parecia que nunca tinha sono.

O Francisco é o irmão mais velho, tendo uma irmã com 5 anos. Segundo a mãe desde sempre se mostrou satisfeito com o papel de primogénito, no entanto, tem-se verificado que só se mostra satisfeito em determinadas condições. Para prevenir os ciúmes de Francisco em relação à irmã mais nova, os pais criaram nele o espírito de “irmão mais velho”. Enquanto podia desempenhar esse papel, tudo estava bem.

2.5.4.2 – No contexto escolar

Segundo a mãe, a única coisa que no pré-escolar a educadora de infância apontava ao Francisco era o comportamento agitado e a falta de concentração nas tarefas propostas. No infantário, o Francisco já reparava que algumas crianças desenhavam melhor do que ele,

porém, conseguia fugir à confrontação e disfarçar os seus aparentes fracassos. No 1º ano de escolaridade a preocupação do aluno era saber quais dos seus colegas eram “melhores” do que ele, pelo que andava de secretária em secretária na sala de aula. No 3º ano, é diagnosticado ao Francisco, através de avaliação médica, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, tendo ficado abrangido pelo Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro. O aluno passa a beneficiar de um Programa Educativo Individual e de uma professora de Educação Especial, sendo a mesma que o acompanhou também no 4º ano, o que permitiu dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

Apesar de não ter atingido um nível que se considere satisfatório, Francisco ingressou no 2º Ciclo. No 5º ano de escolaridade, o aluno demonstrou dificuldades em enquadrar-se e responder adequadamente às exigências escolares. Por vezes não respeita colegas principalmente em atividades não monitorizadas (exemplo: intervalo), nem professores em relação a regras e ordens na sala de aula. Apesar de alguma agressividade, há também momentos de carinho para com os mesmos. O aluno beneficia de apoio uma vez por semana o que corresponde a cinquenta minutos com a professora de Educação Especial.

Segundo a Diretora de Turma do 5º ano, o Francisco não se aplicou adequadamente nas aulas por ser incapaz de se manter quieto. Tem dificuldade em permanecer sentado enquanto os outros alunos escrevem no caderno o que lhes é solicitado. Às vezes o Francisco queixa-se logo de manhã, de dores de barriga e não quer ir à escola, preocupando também a sua família.

2.6 – Meios e instrumentos de recolha e análise de informação

2.6.1 – Questionário

O questionário é um instrumento preciso e formal que dá a possibilidade de quantificar uma multiplicação de dados e de proceder, por consequente, a numerosas análises de correlação (Quivy & Campenhoudt, 1998). Consideramos o instrumento adequado para a operacionalização de um estudo em pequena escala centrado na perceção de uma pequena amostra de professores acerca da inclusão e das estratégias de intervenção em aluno com PHDA.

Trata-se de uma técnica que comparativamente com o inquérito por entrevista, tem a vantagem de permitir uma grande sistematização de dados e uma maior rapidez na recolha e análise de dados. Além disso, o questionário é uma técnica que exige uma elaboração mais

aprofundada do que o guia de entrevista, sendo uma técnica mais precisa e formal, que se adequa especialmente bem a uma utilização pedagógica (Quivy & Campenhoudt, 1998).

No nosso estudo, o questionário aplicado aos professores foi de administração direta porque foram os próprios inquiridos que o preencheram. Foi entregue em mão pelo inquiridor, tendo sido dadas todas as explicações necessárias ao seu preenchimento (Apêndice B).

2.6.1.1 – Elaboração do questionário

A elaboração do questionário teve por base a revisão da literatura, os objetivos do estudo e a população do mesmo.

As questões elaboradas tiveram em consideração que, quanto ao conteúdo, os inquiridos por questionário “têm por objetivo recolher três categorias de dados: fatuais, julgamentos subjetivos e cognições.” (Javeau, 1990, p. 30). Os fatuais podem ser do domínio pessoal dos inquiridos, do seu meio ambiente ou do seu comportamento. Na primeira parte do questionário obtiveram-se os dados pessoais que permitiram caracterizar a amostra.

Os julgamentos subjetivos de factos, ideias, acontecimentos ou pessoas são opiniões, atitudes ou motivações. Na segunda parte do questionário foi possível obter dados acerca das atitudes dos docentes perante um aluno com PHDA.

As cognições são índices de conhecimento do inquirido e servem para verificar o grau de domínio relativamente ao assunto que é objeto de estudo. O questionário permitiu saber se os professores possuem formação especializada ou frequentaram ações de formação contínua acreditadas no âmbito da educação especial.

Segundo Quivy & Campenhoudt (1998), a elaboração de um questionário requer, por vezes, um pré-inquérito como complemento da fase exploratória. Nesse sentido, para garantir que as questões eram bem compreendidas e as respostas correspondiam, em absoluto, às informações procuradas, foi imprescindível testar as perguntas. Este processo consistiu em apresentá-las a um pequeno número de pessoas pertencentes às diferentes categorias de indivíduos que compõem a amostra, um docente da área das Ciências, outro da área de Línguas e um da área das Expressões. A aplicação do pré-teste permitiu eliminar as perguntas que se revelaram desnecessárias e sumptuosas, incluir outras mais objetivas e percetivas e agrupar as estratégias de intervenção por temas. Além disso, permitiu verificar a utilidade do instrumento face aos objetivos e aferir a validade do instrumento de recolha.

O questionário foi elaborado através de respostas fechadas, claras e precisas, formuladas para que todas as pessoas inquiridas as interpretassem de igual modo e foi dividido em duas partes. Na primeira parte foi feita a caracterização da amostra atendendo ao género, idade, tempo de serviço, habilitações profissionais, situação profissional e formação especializada; colocaram-se outras duas questões aos docentes, sendo que eles referiram se concordavam ou não com a inclusão do aluno com PHDA numa turma regular e se o aluno era ou não bem-sucedido na disciplina que lecionam. Esta primeira parte permitiu sensibilizar os docentes para a problemática da PHDA motivando-os para que tomassem consciência progressiva das suas responsabilidades profissionais para com este tipo de crianças, inferir sobre a relação entre as variáveis que caracterizam a amostra e a inclusão do aluno com PHDA numa turma regular e relacionar o sucesso do aluno com a opinião dos docentes face à inclusão do aluno com PHDA numa turma regular.

Na segunda parte do questionário listou-se uma série de possíveis estratégias de intervenção dos professores, tendo estes de indicar a concordância ou não da aplicação destas no seu quotidiano de trabalho com a criança com PHDA. Estas estratégias de atuação foram divididas em cinco blocos temáticos: regras de sala de aula, motivação do aluno, realização das tarefas, atuação na sala de aula e avaliação do aluno. As estratégias que foram apresentadas tiveram por base estudos realizados por investigadores como (Dupaul & Stoner (1994); Lopes, 1998, 2003; Parker, 2003; Barkley, 1998; Falardeau, 1999), estudos esses que já foram validados. Esta segunda parte permitiu identificar as estratégias de atuação que menos contribuem para uma melhoria da aprendizagem e rendimento escolar do aluno com PHDA e identificar as atitudes dos docentes que têm maior impacto no rendimento escolar do aluno com PHDA.

Na elaboração desta segunda parte do questionário utilizou-se uma escala de Likert com 5 itens. A Escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada comumente em questionários e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os interrogados especificaram o seu nível de concordância com uma afirmação.

Neste tipo de escala teve-se em consideração que cada proposição tem uma única ideia para não baralhar o inquirido; é curta e expressa com simplicidade; tem em conta o nível de linguagem do inquirido; exprime uma opinião e não um facto; está na voz ativa e tem em conta que o objeto da atitude medida é o sujeito da frase.

Além da precisão na elaboração do questionário foi necessário que as pessoas questionadas estivessem em condições de dar as respostas, não se sentindo constrangidas ao fazê-lo. Por esse motivo, elas foram desde logo informadas que as suas respostas eram anónimas e confidenciais, tal como é referido no próprio questionário que lhes foi entregue.

2.6.1.2 – Fiabilidade

A fiabilidade prende-se com a capacidade de fornecer resultados semelhantes sob condições constantes e em qualquer momento. Nesse sentido, os questionários apresentam algumas vantagens, como: confidencialidade das respostas, a não inibição perante o entrevistador, maior facilidade de distribuição e de recolha, comparativamente com a entrevista, e também a vantagem das informações serem facilmente analisadas e codificadas.

Segundo Quivy & Campenhoudt (1998), inquéritos por questionário apresentam certas limitações tais como:

- o peso e o custo pode ser elevado no caso de a amostra ser muito grande, que não foi o caso neste estudo sendo a amostra constituída apenas por oito docentes;
- a individualização dos entrevistados que são considerados independentemente das suas relações sociais, o que não se verificou nesta investigação;
- o carácter relativamente frágil da credibilidade do dispositivo, pelo que, para que esta técnica seja digna de confiança deve haver (Quivy & Campenhoudt 1998):

- 1) rigor na escolha da amostra;
- 2) formulação clara e unívoca das perguntas;
- 3) correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do entrevistado;
- 4) atmosfera de confiança no momento em que é entregue o questionário;
- 5) honestidade e consciência profissional de quem entrevista.

Todos os parâmetros mencionados acima se verificaram, para que a credibilidade do conjunto do trabalho não se ressentisse embora a escolha da amostra se tenha prendido com o facto de melhor acessibilidade e facilidade de recolha de dados, sendo uma amostra não probabilística por conveniência.

2.6.2 – Observação direta

O outro instrumento de recolha de informação, utilizado neste estudo de caso, foi a observação direta do aluno em contexto de sala de aula para verificar a aplicação de algumas estratégias, que segundo o questionário, eram aplicadas pelos docentes. O método de observação foi não participante.

Segundo Carmo & Ferreira (2008) observar é selecionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão.

A observação direta é aquela em que o próprio investigador, procede diretamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados (Quivy & Campenhoudt, 1998). Ou seja, apela diretamente ao sentido de observação do próprio investigador. Os sujeitos observados não intervêm na produção da informação procurada.

Nesta investigação a observação dos comportamentos do aluno e professores em contexto de sala de aula possibilitou suplantar a possível falta de sinceridade dos inquiridos e produzir observações em meio natural. Porém, mesmo esta forma de avaliação das atitudes não está isenta das influências situacionais daí que tenha sido fundamental a triangulação dos dados recolhidos pelas diferentes fontes, neste caso, obtidos através do questionário e pela observação direta no contexto de sala de aula.

2.6.2.1 – Vantagens

Segundo Quivy & Campenhoudt (1998), a técnica de observação direta permite captar os comportamentos no momento em que eles se produzem, e em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho. O campo de observação do investigador é, *à priori*, infinitamente amplo, dependendo apenas dos objetivos do seu trabalho (Quivy & Campenhoudt, 1998). A partir deles, o ato de observar é estruturado, na maior parte dos casos, por uma grelha de observação previamente construída. Neste estudo, é utilizada uma lista de verificação, para verificar a aplicação de algumas estratégias de atuação, que de acordo com o questionário preenchido pelos professores, menos contribuem para o sucesso escolar do aluno com PHDA e maior impacto têm no seu rendimento escolar.

Este tipo de observação utilizada, tanto pode ser de longa como de curta duração, feita à revelia, ou com o acordo das pessoas em questão (Quivy & Campenhoudt, 1998). No nosso estudo, foi realizado com o consentimento do Encarregado de Educação do aluno, bem

como dos professores da criança em causa, tendo a Direção do Agrupamento de Escolas autorizado a realização da investigação.

Esta técnica de observação de carácter não experimental é adequada ao estudo dos acontecimentos tal como se produzem e pode portanto, ser útil para completar outras técnicas de análise. Nesta investigação, a técnica de observação permitiu atestar a informação recolhida da aplicação do questionário.

As principais vantagens da utilização da técnica de observação não participante nesta investigação foram: a apreensão dos comportamentos e dos acontecimentos no próprio momento em que se produziram e a autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com as respostas obtidas pela aplicação do questionário.

2.6.2.2 – Limitações

A utilização da técnica de observação não participante segundo Quivy & Campenhoudt (1998), pode apresentar algumas limitações como:

- 1) dificuldade em se ser aceite como observador do grupo/indivíduo em causa;
- 2) o registo da observação não transcrever na integra os acontecimentos observados;
- 3) a interpretação das observações depender do próprio observador, pelo facto de a observação ser feita individualmente, podendo correr-se o risco de haver distorções ou inferências, pela limitada possibilidade de controles.

Neste estudo não existiu nenhuma relutância dos professores em serem observados nas aulas respetivas. Para evitar que houvesse elações do que foi observado procedeu-se ao cruzamento dos dados obtidos pelas observações feitas com os dados obtidos no questionário.

2.6.3 – Recolha e análise de dados

A recolha de dados corresponde à execução dos instrumentos de observação. Yin (1994) enuncia três princípios para a recolha de dados. O primeiro princípio consiste em usar múltiplas fontes de evidências, o que vai permitir que as conclusões sejam mais convincentes e por outro lado a questão da validade do estudo fica salvaguardada. Podem utilizar-se diferentes técnicas de recolha de dados, consistindo normalmente em observação, entrevista, questionário e análise documental (Carmo & Ferreira, 1998). No nosso estudo, esta operação realizou-se, obtendo concretamente as informações determinadas junto das pessoas

(observação indireta pela aplicação do questionário) e das unidades de observação incluídas na amostra (observação direta do aluno com PHDA no contexto de sala de aula).

No caso da observação direta, o guião de observação, destinou-se apenas ao próprio observador. Este guião consistiu numa lista de verificação para confirmar algumas estratégias usadas pelos professores no contexto de sala de aula.

Na observação indireta, através da técnica de questionário, teve-se o cuidado de obter uma proporção de resposta suficiente para que a análise fosse válida e criar nas pessoas interrogadas uma atitude favorável, mostrando-lhes a importância da sua opinião, levando a que estas respondessem com franqueza às perguntas e por fim entregassem o questionário corretamente preenchido.

O segundo princípio defendido por Yin (1994) é que o investigador deve construir ao longo do estudo uma base de dados, podendo os registos ser por exemplo através de notas, documentos, narrativas, permitindo o acesso a outros investigadores. No nosso estudo, os dados recolhidos do questionário foram registados numa base de dados em Excel e os dados recolhidos da observação direta apresentaram-se na lista de verificação utilizada na observação das aulas.

O terceiro e último princípio referido por Yin (1994) o qual foi levado a cabo neste estudo, é que o investigador tem de formar uma cadeia de evidências, de forma que o leitor consiga perceber a apresentação das evidências que legitimam o estudo, desde as questões de pesquisa até às conclusões finais.

Os métodos de recolha e os métodos de análise de dados são normalmente complementares, devendo por isso ser escolhidos em conjunto, em função dos objetivos do trabalho. Os dados recolhidos através de um inquérito por questionário são por norma acompanhados por métodos de análise quantitativa que permitem comparar as respostas dos diferentes entrevistados e analisar as relações entre variáveis. No nosso estudo, o método de tratamento de dados escolhido foi o programa informático de gestão e análise estatística de dados de inquéritos que é o SPSS.

O método usado na análise dos dados recolhidos na observação foi a análise de conteúdo. Na análise de conteúdo há dois pólos: a rigorosidade e a necessidade de ir além das aparências. Metodologicamente, existem duas orientações que ao mesmo tempo em que se confrontam também se complementam: a verificação prudente ou a interpretação brilhante. Assim, para (Bardin, 1979) a análise de conteúdo tem duas funções. Uma função heurística em que a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão à

descoberta; é a análise de conteúdo para ‘ver o que dá’. Tem também a função de administração da prova, em que permite que sejam verificadas questões ou afirmações provisórias que servem de diretrizes, no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação; é a análise de conteúdo para ‘servir de prova’, que foi o que sucedeu neste estudo, para além de ter enriquecido este estudo exploratório.

Após a análise dos dados obtidos das diferentes fontes de evidências, foi necessário estabelecer uma cadeia clara, correta e metódica de evidências que fossem ao encontro das questões orientadoras, as quais estavam subjacentes aos objetivos desta investigação, para se chegar às conclusões finais do estudo.

2.7. Procedimentos metodológicos

Enquanto docentes consideramos que a formação académica, social e pessoal das crianças é fundamental. Lecionando no ensino regular deparei-me com o facto de existir na sala de aula alunos com necessidades educativas especiais, alguns dos quais a quem os professores se referiam constantemente como indisciplinados, rebeldes, desinteressados sabendo de antemão que eram alunos hiperativos com défice de atenção.

Quaisquer que sejam as problemáticas com que nos deparamos, enquanto profissional da educação, consideramos que devemos procurar os métodos mais adequados para intervir junto das crianças com NEE. Nesse sentido, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos tendo ingressado no Mestrado em Educação Especial. Para a elaboração da dissertação, estudei a problemática da Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção, reconhecendo que tem sido uma das perturbações mais estudadas no desenvolvimento da infância e da adolescência (Barkley, 1990) e com muito impacto ao nível de salas de aula (DuPaul & Stoner, 1994). Nesta investigação definiu-se como objeto o estudo das estratégias de intervenção que contribuem para a inclusão e o sucesso escolar de um aluno com PHDA, cujo rendimento escolar foi sendo comprometido ao longo dos anos.

A questão de partida que se colocou foi:

Qual a perceção dos docentes da turma X, da escola Y, acerca da inclusão e da pedagogia diferenciada para o sucesso escolar em aluno com PHDA?

Para realizar esta investigação e se concretizar a sua dimensão empírica, verificou-se a necessidade de se fazer uma pesquisa de referências bibliográficas sobre as NEE, a escola inclusiva, o conceito de PHDA e as estratégias de intervenção dos docentes que contribuem

para o sucesso escolar dos alunos com este distúrbio, de forma a adquirir conhecimentos e colher diferentes ensinamentos e perspetivas sobre esta problemática. Após a revisão da literatura, iniciou-se a preparação do estudo empírico, estabelecendo-se os primeiros contactos, no sentido de obter as autorizações necessárias para a recolha de dados.

Bogdan e Biklen (1994) referem que sempre que a investigação implica ou incide sobre sujeitos humanos torna-se imprescindível garantir os princípios éticos da prática investigativa. Na realização deste estudo, considerou-se algumas condutas éticas, nomeadamente o direito ao anonimato e à confidencialidade dos sujeitos da amostra, tendo-se apenas atribuído um número a cada docente, não sendo por isso viável a associação entre o sujeito e as informações apresentadas. O consentimento informado foi respeitado, no sentido em que se procedeu, ao pedido de autorização à Direção do Agrupamento de Escolas, aos professores do aluno com PHDA, e ao encarregado de educação do aluno com PHDA da turma X.

Após obter a autorização da Direção da Escola e do Encarregado de Educação do aluno fez-se uma pesquisa documental. Analisou-se o processo do aluno, nomeadamente o seu percurso escolar, o Programa Educativo Individual bem como o Projeto Curricular de turma, o Regulamento Interno e o Projeto Educativo do Agrupamento de Escolas. A análise destes documentos, permitiu fazer a caracterização do aluno, do seu contexto escolar e familiar e também a caracterização da turma, escola e meio onde se verificou existir um problema.

A fim de apoiar a elaboração deste estudo sobre PHDA e tendo em conta os objetivos propostos, para a elaboração da parte prática desta investigação o método escolhido foi o método do estudo de caso.

Para concretizar a parte prática da investigação foi necessário recolher informações junto dos docentes. Foi pedido ao Diretor de Turma que agendasse uma reunião com todos os docentes da turma X para explicar o âmbito desta investigação e simultaneamente obter a anuência para participarem no estudo. Esta reunião, para além de nos ter permitido saber informações para complementar a caracterização do contexto familiar e escolar do aluno em causa permitiu-nos recolher os dados necessários para responder aos objetivos do estudo através da entrega aos docentes de um questionário, os quais foram recolhidos junto do Diretor de Turma passado três dias.

As questões apresentadas no questionário tiveram por base as questões orientadoras e estas os objetivos específicos os quais estiveram subjacentes ao objetivo geral da investigação. Este questionário foi dividido em duas partes. A primeira parte permitiu fazer a

caraterização da amostra atendendo ao género, idade, tempo de serviço, habilitações profissionais, situação profissional e formação especializada. Nesta parte do questionário colocaram-se outras duas questões aos docentes, sendo que eles tinham de referir se concordavam ou não com a inclusão do aluno com PHDA numa turma regular e se o aluno era ou não bem-sucedido na disciplina que lecionavam.

Na segunda parte listou-se uma série de possíveis estratégias de intervenção dos professores com o aluno com PHDA. Estas estratégias foram divididas em cinco blocos temáticos: regras de sala de aula, motivação do aluno, realização das tarefas, atuação na sala de aula e avaliação do aluno.

Da análise dos dados do questionário, verificou-se a necessidade de usar a técnica de observação direta para aprofundar algumas questões do questionário, e através do cruzamento dos dados validar os resultados obtidos. Com o Diretor de Turma, agendou-se com cada um dos oito docentes que compõem a amostra a observação de uma aula de 50 minutos. Estas observações foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos docentes, tendo por isso, o período de tempo de cada observação variado dependendo do estipulado previamente. Foi necessário registar o observado em cada aula numa lista de verificação (Apêndice E). O método de observação foi não participante.

A análise dos dados obtidos através dos métodos de pesquisa escolhidos permitiu identificar as estratégias de intervenção que os professores utilizam em sala de aula que contribuem para o sucesso escolar de um aluno com PHDA e as que têm maior impacto no rendimento escolar do aluno, a relação entre a perceção que os professores têm sobre a inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular e o rendimento escolar do discente com PHDA na disciplina que lecionam e a relação existente entre as variáveis género, idade, habilitações profissionais, situação profissional e formação dos docentes com a perspetiva destes acerca da inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular.

Capítulo 3 – Apresentação e análise dos dados

3.1 – Aplicação do questionário

3.1.1 – Variáveis

Para se proceder ao tratamento dos dados obtidos pelo questionário foi necessário codificar as variáveis. As variáveis em estatística, são os valores que assumem determinadas características dentro de uma pesquisa. Em termos mais precisos, uma variável é uma característica de um indivíduo ou objeto à qual se possa atribuir um número ou uma categoria. O indivíduo ou coisa relativamente ao qual se recolhe a informação é designado por unidade observacional ou caso. Ao resultado da observação da variável num indivíduo ou objeto, chama-se dado estatístico ou simplesmente dado.

Tendo em consideração o problema em estudo, identificaram-se as variáveis dependentes e independentes e estabeleceu-se a relação entre as diferentes variáveis. De acordo com (Almeida & Freire, 2000 citado por Morais, 2005) a variável dependente é a característica que pode ser influenciada quando se manipula a variável independente, por sua vez esta identifica-se com a dimensão ou a característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o impacto que produz noutra variável. As variáveis independentes permitem a sua manipulação, admitindo-se que a forma como são manipuladas podem condicionar o comportamento dos sujeitos e, conseqüentemente, os resultados no contexto do estudo. Também segundo (Sousa, 2005 citado por Amaral, Pio & Matos, 2009), as variáveis dependentes são as que dependem dos procedimentos da investigação. É aquela que se procura como resposta para a pergunta. Toda a investigação tem por objetivo chegar à variável dependente, ou seja, ao resultado obtido com os procedimentos da investigação. Por sua vez, para este autor, as variáveis independentes, não dependem da investigação, constituindo no entanto fatores cruciais que a vão influenciar, recorrendo o investigador à sua manipulação para observar os efeitos produzidos nas variáveis dependentes. Os dois autores parecem estar em consonância no que respeita ao conceito das variáveis dependente e independente.

Atendendo ao que foi referido, nesta investigação as variáveis dependentes foram a inclusão do aluno com PHDA e o sucesso escolar do aluno e as variáveis independentes as estratégias de intervenção dos professores em contexto de sala de aula.

3.1.2 – Método usado no tratamento dos dados

O tratamento dos dados foi efetuado a partir do recurso ao programa estatístico SPSS 17.0 e a um computador portátil Sony Vaio VGN-FZ31E, Intel Core 2 Duo, 1.66 GHz. O SPSS é o «software» de manipulação, análise e apresentação de resultados de análise de dados de utilização predominante nas Ciências Sociais e Humanas. Embora tenha sido concebido, no início da década de 80 do Século XX, para um público-alvo das Ciências Sociais, atualmente é utilizado em todas as áreas do conhecimento. É cada vez mais consensual que a Estatística é uma ferramenta fundamental para a análise e interpretação de dados, e em particular para a elaboração de conclusões fundamentadas a partir da análise desses dados. (Maroco, 2007)

No nosso estudo foi realizada:

a) Estatística descritiva:

- Através da frequência e percentagem.

b) Estatística inferencial utilizando:

- Teste *U de Mann-Whitney*: nas variáveis categóricas medidas em escala ordinal.
- Teste do *Qui-quadrado*: na presença de variáveis categóricas medidas em escala nominal.
- *Multivariate General Linear Model*: na análise da interação entre variáveis. (*Parcial Eta Squared*, para determinar o tamanho do efeito)

Quanto ao Nível de significância:

- O nível de significância mínimo para rejeitar as hipóteses nulas, em todos os testes estatísticos efetuados, foi aferido para 0,05.

3.1.3 – Análise descritiva

3.1.3.1 – Caracterização da amostra

Com os dados obtidos na primeira parte do questionário foi feita a caracterização da amostra, tendo em consideração o género, idade, habilitações profissionais, tempo de serviço, situação profissional, formação especializada, tendo-se verificado que (Apêndice C):

- 62,5% da amostra inquirida é do género feminino sendo apenas 37,5% do género masculino;
- 50% da amostra tem entre 31 e 40 anos, sendo que os restantes 50% estão divididos equitativamente entre os 41 a 50 anos e os 51 a 60 anos;
- 62,5% dos entrevistados é licenciado havendo 37,5% de pós-graduados;
- o tempo de serviço encontra-se está dividido, sendo que 50% da população tem entre 20 a 30 anos de serviço, 25% tem entre 11 a 20 anos e os restantes entre 6 a 10 anos;
- 25% dos professores pertencem ao Quadro de Zona Pedagógica (QZP) e os restantes estão repartidos de forma igual, entre professores contratados e professores do Quadro de Escola (QE);
- 50% dos professores afirma ter uma formação especializada ou frequentado formações acreditadas no âmbito da Educação Especial.

Metade dos professores consideraram que os alunos com PHDA não devem ser incluídos em turmas regulares e de todos os docentes inquiridos, 62,5% referiram que o aluno com PHDA, que pertence à turma X, é bem-sucedido na disciplina que lecionam.

3.1.3.2 – Estratégias utilizadas pelos professores

Com os dados obtidos na segunda parte do questionário foi possível conhecermos, por blocos temáticos, as estratégias de intervenção com as quais os professores concordam com a sua aplicação, em contexto da sala de aula (Apêndice D).

- Em relação ao conjunto das regras de sala de aula:
 - 50% dos docentes discorda, 37,5% não concorda nem discorda e apenas 12,5% concorda com a aplicação da “estratégia 1”;
 - 50% dos professores concorda com a “estratégia 2”, 37,5% discorda e os restantes não concordam, nem discordam;

- 62,5% dos docentes não concordam nem discordam com a “estratégia 3”, 25% concorda e 12,5% discorda;
- 50% dos inquiridos não concordam nem discordam com a “estratégia 4” e os restantes 50% dividem a sua opinião entre os itens concordo e discordo;
- 62,5% dos professores discordam com a “estratégia 5”, 25% não concordam nem discordam e os restantes concordam;
- 37,5% dos entrevistados concordam com as “estratégias 6 e 7”, outros 37% concordam totalmente e apenas 25% não concordam nem discordam.

As estratégias com as quais 50% ou mais dos docentes concordam com a sua aplicação são as “estratégias 2, 6 e 7”, respetivamente, “Mostrar-se firme e seguro quando é necessário cumprir as regras e normas escolares, evitando as ameaças, os castigos e as repreensões, caso a criança não cumpra.”, “As regras de comportamento dentro da sala de aula devem aparecer escritas numa tabela visível simples, que deverá ser afixada na sala.” e “Utilizar a caderneta do aluno para contactar com o encarregado de educação/pais sempre que o aluno tenha comportamentos desajustados ao bom funcionamento da sala de aula ou não cumpra as tarefas solicitadas.”

- No conjunto das estratégias para motivação do aluno:

- 62,5 % dos docentes discorda com a “estratégia 8” e apenas 37,5% concordam com a sua aplicação;
- 50% dos professores concorda com a “estratégia 9”, 37,5% discorda e os restantes não concordam, nem discordam;
- 62,5% dos professores concorda com a “estratégia 10” sendo que os restantes não concordam nem discordam;
- 50% dos professores concordam com a “estratégia 11”, 25% discordam e os restantes dividem-se equitativamente entre os itens não concordo nem discordo e concordo totalmente.

As estratégias com as quais 50% ou mais dos docentes concordam com a sua aplicação são as “estratégias 9, 10 e 11”, respetivamente, “Aplaudir a criança pelos seus êxitos diários e elogiar outro aluno como modelo de conduta a seguir.”, “Determinar à partida com o aluno qual a tarefa a realizar, o prazo para a sua conclusão e qual a recompensa pela sua realização no tempo estipulado.” e “Elogiar o aluno quando este está a desenvolver determinada tarefa e não apenas quando ele a termina.”.

- No grupo das estratégias associadas à realização das tarefas:
 - nenhum professor discordou com a “estratégia 12”, havendo 12,5% que concordam totalmente, 75% que concordam e os restantes 12,5% que não concordam nem discordam;
 - 37,5% dos inquiridos não concordam nem discordam com a “estratégia 13”, 12,5% concordam totalmente e os restantes 50% dividem-se de forma igual entre os itens discordo e concordo;
 - 50% dos docentes concordam com as “estratégias 14 e 18”, 37,5% não concordam nem discordam e os restantes 12,5% discordam;
 - 62,5% dos entrevistados concordam com a “estratégia 15”, 25% não concordam nem discordam e os restantes 12,5% discordam com a sua aplicação;
 - 62,5% dos docentes discordam da utilização da “estratégia 16”, 12,5% discordam totalmente e os restantes não concordam nem discordam;
 - 75% dos entrevistados concordam com a “estratégia 17”, sendo que destes 25% concordam totalmente, e 25% não concordam nem discordam.

As estratégias com as quais 50% ou mais dos docentes concordam com a sua aplicação são as “estratégias 12, 14, 15, 17 e 18”, respetivamente, “Propor ao aluno a realização de tarefas específicas como, por exemplo, apagar o quadro, ligar/desligar o computador.”, “Estabelecer para o aluno, tarefas de conclusão rápida inserindo, aos poucos, uma maior complexidade e uma maior duração das tarefas que lhe são solicitadas.”, “Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários (tipo X).”, “Usar o trabalho de grupo de forma adequada explicitando muito bem o papel do aluno, realçando a importância deste para a execução da atividade.” e “Relacionar a informação nova com a experiência da criança usando exemplos concretos antes de passar ao abstrato.”

- Relativamente ao conjunto de estratégias associadas à atuação do professor em sala de aula:
 - 62,5% dos entrevistados concordam com as “estratégias 19 e 26”, 25% não concordam nem discordam e os restantes 12,5% discordam com a sua aplicação;
 - quanto à “estratégia 20”, 75% das respostas dos professores dividem-se equitativamente pelos itens discordo totalmente, discordo e não concordo nem discordo e os restantes 25% dividem-se pelos itens concordo e concordo totalmente;
 - 62,5% dos inquiridos concordam com a “estratégia 21”, sendo que destes 12,5% concordam totalmente e 37,5% não concordam nem discordam;

- 50% dos professores concordam com a “estratégia 22”, 25% discordam e os restantes não concordam nem discordam;
- 37,5% dos docentes não concordam nem discordam com a “estratégia 23”, 12,5% discordam e os restantes 50% dividem-se de modo igual entre o concordam e concordam totalmente;
- 37,5% dos entrevistados concordam e outros 37,5% discordam da “estratégia 24”, sendo que 25% não concordam nem discordam;
- 37,5% dos inquiridos não concordam nem discordam com a “estratégia 25”, 12,5% concordam totalmente e os restantes 50% dividem-se de forma igual entre os itens discordo e concordo.

As estratégias com as quais 50% ou mais dos docentes concordam com a sua aplicação são as “estratégias 19, 21, 22, 23 e 26”, respetivamente, “Dispor de um sistema de aprendizagem diário, estruturado e no qual se apresentem tarefas de dificuldade progressiva, breves e adequadas ao ritmo de aprendizagem do aluno.”, “Usar recursos e formas de apresentação inovadoras, utilizando uma metodologia de preferência visual, escrevendo por exemplo palavras-chave à medida que expõe determinado assunto.”, “Repetir várias vezes as diretrizes/instruções dadas à turma e pedir que o aluno as escreva ou repita em voz alta.” “Ensinar mnemónicas, quadras, rimas que facilitem a memorização da matéria lecionada.” e “Ao longo da aula, dar oportunidades à criança para se movimentar como por exemplo ir ao quadro, afixar um cartaz, etc.”

- No conjunto das estratégias relativas à avaliação do aluno:
 - 50% dos entrevistados discordam com a “estratégia 27”, 37,5% não concordam nem discordam e os restantes 12,5% discordam totalmente com a sua aplicação;
 - 37,5% dos professores discordam com a “estratégia 28” e os restantes concordam.

A estratégia com a qual 50% ou mais dos docentes concordam com a sua aplicação é a “estratégia 28” ou seja, “Permitir instrumentos de avaliação alternativos como a apresentação oral, respostas múltiplas, etc.”.

3.1.4 – Estatística Inferencial

3.1.4.1 - Relação das variáveis que caracterizam a amostra com a perceção dos professores acerca da inclusão de um aluno com PHDA:

1. “Género” x “Inclusão de um aluno com PHDA”: Teste do *Qui-quadrado*

	Inclusão do aluno		TOTAL
	SIM	NÃO	
FEMININO	2	3	5
	40,0%	60,0%	100,0%
	50,0%	75,0%	62,5%
MASCULINO	2	1	3
	66,7%	33,3%	100,0%
	50,0%	25,0%	37,5%
TOTAL	4	4	8
	50,0%	50,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 4 – Género x Inclusão

Os valores obtidos pela aplicação do teste do *Qui-quadrado* ($X^2 = 0,533$; $p = 0,465$), indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, género dos docentes e a inclusão.

2. “Idade” x “Inclusão de um aluno com PHDA”: Teste do *Qui-quadrado*

	Inclusão do aluno		TOTAL
	SIM	NÃO	
< 30 ANOS	0	0	,0%
31 a 40 ANOS	3	1	4
	75,0%	25,0%	100,0%
	75,0%	25,0%	50,0%
41 a 50 ANOS	1	1	2
	50,0%	50,0%	100,0%
	25,0%	25,0%	25,0%
51 a 60 ANOS	0	2	2
	,0%	100,0%	100,0%
	,0%	50,0%	25,0%
> 61 ANOS	0	0	,0%
TOTAL	4	4	8
	50,0%	50,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 5 – Idade x Inclusão

Os valores obtidos pela aplicação do teste do *Qui-quadrado* ($X^2 = 3,000$; $p = 0,223$), indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, faixas etárias dos professores e a inclusão.

3. “Habilitações profissionais” x “Inclusão de um aluno com PHDA”: Teste do *Qui-quadrado*

	Inclusão do aluno		TOTAL
	SIM	NÃO	
BACHARELATO	0	0	,0%
LICENCIATURA	1	4	5
	20,0%	80,0%	100,0%
PÓS-GRADUAÇÃO	25,0%	100,0%	62,5%
	3	0	3
MESTRADO	100,0%	,0%	100,0%
	75,0%	,0%	37,5%
DOUTORAMENTO	0	0	,0%
TOTAL	0	0	,0%
	4	4	8
	50,0%	50,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 6 – Habilitações profissionais x Inclusão

Os valores obtidos pela aplicação do teste do *Qui-quadrado* ($X^2 = 4,800$; $p = 0,028$), indicam existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, habilitações profissionais dos docentes e a inclusão.

4. “Tempo de serviço” x “Inclusão de um aluno com PHDA”: Teste do *Qui-quadrado*

	Inclusão do aluno		TOTAL
	SIM	NÃO	
ATÉ 5 ANOS	0	0	,0%
6 A 10 ANOS	2	0	2
	100,0%	,0%	100,0%
11 A 20 ANOS	50,0%	,0%	25,0%
	1	1	2
20 A 30 ANOS	50,0%	50,0%	100,0%
	25,0%	25,0%	25,0%
MAIS DE 30 ANOS	1	3	4
	25,0%	75,0%	100,0%
TOTAL	25,0%	75,0%	50,0%
	0	0	,0%
	4	4	8
	50,0%	50,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 7 – Tempo de serviço x Inclusão

Os valores obtidos pela aplicação do teste do *Qui-quadrado* ($X^2 = 3,000$; $p = 0,223$), indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tempo de serviço dos docentes e a inclusão.

5. “Situação profissional” x “Inclusão de um aluno com PHDA”: Teste do *Qui-quadrado*

	Inclusão do aluno		TOTAL
	SIM	NÃO	
PROFESSOR ESTAGIÁRIO	0	0	,0%
PROFESSOR CONTRATADO	3	0	3
	100,0%	,0%	100,0%
PROFESSOR DO QZP	75,0%	,0%	37,5%
	1	1	2
PROFESSOR DO QE	50,0%	50,0%	100,0%
	25,0%	25,0%	25,0%
TOTAL	0	3	3
	,0%	100,0%	100,0%
	,0%	75,0%	37,5%
	4	4	8
	50,0%	50,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 8 – Situação profissional x Inclusão

Os valores obtidos pela aplicação do teste do *Qui-quadrado* ($X^2 = 6,000$; $p = 0,050$), indicam existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, situação profissional dos docentes e a inclusão.

6. “Possui formação especializada ou frequentou ações de formação contínua acreditadas no âmbito da Educação Especial” x “Inclusão de um aluno com PHDA”: Teste do *Qui-quadrado*

	Inclusão do aluno		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	3	1	4
	75,0%	25,0%	100,0%
NÃO	75,0%	25,0%	50,0%
	1	3	4
TOTAL	25,0%	75,0%	100,0%
	25,0%	75,0%	50,0%
	4	4	8
	50,0%	50,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 9 – Formação especializada x Inclusão

Os valores obtidos pela aplicação do teste do *Qui-quadrado* ($X^2 = 2,000$; $p = 0,157$), indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, formação especializada ou formação contínua dos docentes e a inclusão do aluno com PHDA.

3.1.4.2 - Relação da percepção dos professores acerca da inclusão de um aluno com PHDA com o sucesso do aluno nas disciplinas

“Inclusão de um aluno com PHDA” x “Sucesso do aluno nas disciplinas”: Teste do *Qui-quadrado*

Sucesso do aluno	Inclusão do aluno		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	3	2	5
	60,0%	40,0%	100,0%
	75,0%	50,0%	62,5%
NÃO	1	2	3
	33,3%	66,7%	100,0%
	25,0%	50,0%	37,5%
TOTAL	4	4	8
	50,0%	50,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 10 – Inclusão x Sucesso escolar

Os valores obtidos pela aplicação do teste do *Qui-quadrado* ($X^2 = 0,533$; $p = 0,465$), indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, percepção dos professores acerca da inclusão de um aluno com PHDA e o sucesso do aluno nas disciplinas.

3.1.4.3 - Relação do sucesso escolar do aluno com PHDA, com as estratégias utilizadas em contexto de sala de aula

1. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Prestar atenção aos comportamentos adequados da criança (como permanecer sentado, realizar as tarefas propostas), ignorando as condutas inadequadas e perturbadoras”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	p
SIM	5	2,40	6,000	0,786
NÃO	3	2,67		

Quadro11 – Sucesso escolar x Estratégia 1

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando menos se utiliza a “estratégia 1” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com PHDA com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 6,000$; $p > 0,05$).

2. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Mostrar-se firme e seguro quando é necessário cumprir as regras e normas escolares, evitando as ameaças, os castigos e as repreensões, caso a criança não cumpra”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,40	4,500	0,393
NÃO	3	2,67		

Quadro 12 – Sucesso escolar x Estratégia 2

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 2” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,500$; $p > 0,05$).

3. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Organizar a disposição da sala de aula de forma a facilitar o contacto com o aluno, sentando-o na carteira que fica mais próxima do professor”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	p
SIM	5	3,67	1,500	0,71
NÃO	3	2,60		

Quadro 13 – Sucesso escolar x Estratégia 3

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 3” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 1,500$; $p > 0,05$).

4. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Sentar a criança numa área com poucas distrações, próximo do professor, mantendo a área de trabalho livre de materiais desnecessários para a aula”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	p
SIM	5	3,20	5,500	6,500
NÃO	3	3,00		

Quadro 14 – Sucesso escolar x Estratégia 4

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 4” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 5,500$; $p > 0,05$).

5. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, caso seja necessário”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	2,80	3,000	0,250
NÃO	3	2,00		

Quadro 15 – Sucesso escolar x Estratégia 5

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 5” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 3,000$; $p > 0,05$).

6. “Sucesso do aluno com PHDA” x “As regras de comportamento dentro da sala de aula devem aparecer escritas numa tabela visível simples, que deverá ser afixada na sala”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	4,20	6,500	0,786
NÃO	3	4,00		

Quadro 16 – Sucesso escolar x Estratégia 6

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 6” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 6,500$; $p > 0,05$).

7. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Utilizar a caderneta do aluno para contactar com o encarregado de educação/pais sempre que o aluno tenha comportamentos desajustados ao bom funcionamento da sala de aula ou não cumpra as tarefas solicitadas”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	4,20	6,500	0,786
NÃO	3	4,00		

Quadro 17 – Sucesso escolar x Estratégia 7

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 7” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 6,500$; $p > 0,05$).

8. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Utilizar sistemas de pontos, fichas e outras recompensas para controlar o comportamento inadequado do aluno ou quando este atinge um objetivo previamente definido”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	2,60	6,500	0,786
NÃO	3	2,33		

Quadro 18 – Sucesso escolar x Estratégia 8

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 8” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 6,500$; $p > 0,05$).

9. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Aplaudir a criança pelos seus êxitos diários e elogiar outro aluno como modelo de conduta a seguir”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,40	4,500	0,393
NÃO	3	2,67		

Quadro 19 – Sucesso escolar x Estratégia 9

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 9” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,500; p > 0,05$).

10. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Determinar à partida com o aluno qual a tarefa a realizar, o prazo para a sua conclusão e qual a recompensa pela sua realização no tempo estipulado”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,80	4,000	0,393
NÃO	3	3,33		

Quadro 20 – Sucesso escolar x Estratégia 10

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 10” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,000; p > 0,05$).

11. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Elogiar o aluno quando este está a desenvolver determinada tarefa e não apenas quando ele a termina”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,20	4,500	0,393
NÃO	3	4,00		

Quadro 21 – Sucesso escolar x Estratégia 11

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando menos se utiliza a “estratégia 11” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,500$; $p > 0,05$).

12. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Propor ao aluno a realização de tarefas específicas como, por exemplo, apagar o quadro, ligar/desligar o computador e praticar exercícios para reduzir a tensão, como bater com o lápis ritmicamente, balancear as pernas e elogia-lo por isso”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	4,20	4,000	0,393
NÃO	3	3,67		

Quadro 22 – Sucesso escolar x Estratégia 12

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 12” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,000$; $p > 0,05$).

13. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Fomentar atividades como escutar textos e, depois, pedir ao aluno que resuma o que foi dito, as palavras-chave, as vezes que se repetiu determinada palavra ou número, etc...”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,40	6,000	0,786
NÃO	3	3,00		

Quadro 23 – Sucesso escolar x Estratégia 13

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 13” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 6,000$; $p > 0,05$).

14. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Estabelecer para o aluno tarefas de conclusão rápida inserindo, aos poucos, uma maior complexidade e uma maior duração das tarefas que lhe são solicitadas”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,60	4,500	0,393
NÃO	3	3,00		

Quadro 24 – Sucesso escolar x Estratégia 14

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 14” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,500$; $p > 0,05$).

15. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários (tipo X)”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	4,00	0,000	0,036 *
NÃO	3	2,67		

Quadro 25 – Sucesso escolar x Estratégia 15

* $p < 0,05$

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 15” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos existirem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 0,000$; $p \leq 0,05$)

16. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Estimular a criança a usar um relógio para gerir o tempo na execução das tarefas propostas”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	2,40	3,000	0,250
NÃO	3	1,67		

Quadro 26 – Sucesso escolar x Estratégia 16

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 16” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 3,000$; $p > 0,05$).

17. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Usar o trabalho de grupo de forma adequada explicitando muito bem o papel do aluno, realçando a importância deste para a execução da atividade”: Teste U de *Mann-Whitney*.

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,80	4,500	0,393
NÃO	3	4,33		

Quadro 27 – Sucesso escolar x Estratégia 17

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando menos se utiliza a “estratégia 17” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,500$; $p > 0,05$).

18. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Relacionar a informação nova com a experiência da criança usando exemplos concretos antes de passar ao abstrato”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,60	4,500	0,393
NÃO	3	3,00		

Quadro 28 – Sucesso escolar x Estratégia 18

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 18” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,500$; $p > 0,05$).

19. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Disponer de um sistema de aprendizagem diário, estruturado e no qual se apresentem tarefas de dificuldade progressiva, breves e adequadas ao ritmo de aprendizagem do aluno”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,20	3,500	0,250
NÃO	3	2,33		

Quadro 29 – Sucesso escolar x Estratégia 19

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 19” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 3,500$; $p > 0,05$).

20. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Combinar atividades propriamente escolares com exercícios para desenvolver a inibição muscular, aprender a relaxar e aumentar a concentração”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	2,60	7,000	1,000
NÃO	3	2,67		

Quadro 30 – Sucesso escolar x Estratégia 20

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando menos se utiliza a “estratégia 20” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 7,000$; $p > 0,05$).

21. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Usar recursos e formas de apresentação inovadoras, utilizando uma metodologia de preferência visual, escrevendo por exemplo palavras-chave à medida que expõe determinado assunto”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,80	7,000	1,000
NÃO	3	3,67		

Quadro 31 – Sucesso escolar x Estratégia 21

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 21” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 7,000$; $p > 0,05$).

22. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Repetir várias vezes as diretrizes/instruções dadas à turma e pedir que o aluno as escreva ou repita em voz alta”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,60	3,500	0,250
NÃO	3	2,67		

Quadro 32 – Sucesso escolar x Estratégia 22

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 22” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 3,500$; $p > 0,05$).

23. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Ensinar mnemónicas, quadras, rimas que facilitem a memorização da matéria lecionada”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	4,20	1,000	0,71
NÃO	3	2,67		

Quadro 33 – Sucesso escolar x Estratégia 23

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 23” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste U de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 1,000$; $p > 0,05$).

24. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Fornecer ao aluno antecipadamente um plano com as atividades a serem desenvolvidas na aula seguinte”: Teste U de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	2,80	5,000	0,571
NÃO	3	3,33		

Quadro 34 – Sucesso escolar x Estratégia 24

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando menos se utiliza a “estratégia 24” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno insucesso na disciplina lecionada ($U = 5,000$; $p > 0,05$).

25. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Recorrer a exercícios físicos, para que o aluno liberte o excesso de energia, concentrando a sua atenção num objetivo”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,40	5,000	0,571
NÃO	3	3,00		

Quadro 35 – Sucesso escolar x Estratégia 25

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 25” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 5,000$; $p > 0,05$).

26. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Ao longo da aula, dar oportunidades à criança para se movimentar como por exemplo ir ao quadro, afixar um cartaz, etc”): Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,60	7,000	1,000
NÃO	3	3,33		

Quadro 36 – Sucesso escolar x Estratégia 26

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 26” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 7,000$; $p > 0,05$).

27. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Apresentar um relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e aproveitamento do aluno e o «feedback» como os objetivos foram alcançados”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	2,40	4,000	0,393
NÃO	3	2,00		

Quadro 37 – Sucesso escolar x Estratégia 27

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 27” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,000; p > 0,05$).

28. “Sucesso do aluno com PHDA” x “Permitir instrumentos de avaliação alternativos como a apresentação oral, respostas múltiplas, etc”: Teste *U* de *Mann-Whitney*

	Nº	M	U	P
SIM	5	3,60	4,000	0,393
NÃO	3	2,67		

Quadro 38 – Sucesso escolar x Estratégia 28

O aluno com PHDA é bem-sucedido na disciplina lecionada quando mais se utiliza a “estratégia 28” de inclusão do aluno.

Através da análise do teste *U* de *Mann-Whitney*, verificamos não existem diferenças significativas, relativamente à utilização desta estratégia, com sucesso / insucesso do aluno na disciplina lecionada ($U = 4,000; p > 0,05$).

3.1.4.4 - Interação da variável “sucesso do aluno com PHDA” com as variáveis relativas às “estratégias utilizadas em contexto de sala de aula”

Interação: “Sucesso do aluno com PHDA” x “Estratégias utilizadas em contexto de sala de aula”: Multivariate General Linear Model

	Sum of Squares	F	p	Parcial Eta Squared	Observed Power
Estratégia 3	2,133	6,857	0,040 *	0,533	0,592
Estratégia 15	3,333	30,000	0,002 **	0,833	0,994
Estratégia 23	4,408	7,630	0,033 *	0,560	0,637

Quadro 39 – Sucesso escolar x Estratégias utilizadas

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Apenas se verificam interações significativas da variável “sucesso do aluno com PHDA” com as seguintes estratégias utilizadas em contexto de sala de aula com o aluno com PHDA:

- “Estratégia 3”: Organizar a disposição da sala de aula de forma a facilitar o contacto com o aluno, sentando-o na carteira que fica mais próxima do professor” ($F = 6,857$, $p < 0,05$).
- “Estratégia 15”: “Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários” ($F = 30,000$, $p < 0,01$).
- “Estratégia 23”: “Ensinar mnemónicas, quadras, rimas que facilitem a memorização da matéria lecionada” ($F = 7,630$, $p < 0,05$).

O tamanho do efeito foi de maior dimensão relativamente à “estratégia 15” ($p < 0,01$; Power = 0,994; $n_p^2 = 0.833$).

3.2 – Apresentação dos dados obtidos pela observação

Foram observadas algumas aulas dos docentes que compõem a amostra para confirmar a aplicação de algumas estratégias de intervenção em contexto de sala de aula com o aluno com PHDA.

No período de cinco semanas foram observadas oito aulas, cada uma respeitante a uma disciplina, no total das oito que o aluno frequenta. Nesse sentido, foi elaborada uma lista de verificação (Apêndice E) que contemplou oito estratégias de intervenção. Destas oito estratégias cinco foram aquelas com as quais, de acordo com o questionário preenchido pelos docentes, o aluno seria tanto mais bem sucedido quanto menos se utilizassem, “estratégias 1, 11, 17, 20 e 24” e outras três estratégias com as quais se verificou existirem interações significativas com a variável “sucesso do aluno com PHDA”, “estratégias 3, 15 e 23”.

3.2.1 – Análise dos dados obtidos pela observação direta

Relativamente à estratégia 1 “Prestar atenção aos comportamentos adequados da criança (como permanecer sentado, realizar as tarefas propostas), ignorando as condutas inadequadas e perturbadoras”, a maioria dos professores não ignorou esses comportamentos menos corretos do aluno.

Em relação à estratégia 11 “Elogiar o aluno quando este está a desenvolver determinada tarefa e não apenas quando ele a termina”, quando alguns dos docentes elogiaram o aluno aquando da realização de determinada atividade, verificou-se da parte deste uma maior rapidez no término da tarefa proposta sem contudo se preocupar em dar a resposta mais correta, não contribuindo este estratagema para o aproveitamento do aluno.

No que respeita à estratégia 17 “Usar o trabalho de grupo de forma adequada explicitando muito bem o papel do aluno, realçando a importância deste para a execução da atividade”, apenas se verificou a situação de trabalho de grupo numa das aulas observadas; o aluno desenvolveu uma ficha em par com um colega, tendo a atividade sido desenvolvida com sucesso.

Quanto à estratégia 20 “Combinar atividades propriamente escolares com exercícios para desenvolver a inibição muscular, aprender a relaxar e aumentar a concentração”, apenas numa das aulas se observou o professor a desenvolver este tipo de práticas não só com o aluno com PHDA, mas com todos os alunos da turma.

A estratégia 24 “Fornecer ao aluno antecipadamente um plano com as atividades a serem desenvolvidas na aula seguinte” não se verificou em nenhuma das aulas observadas, embora alguns professores, no final da aula, tenham referido oralmente os conteúdos que seriam abordados e as atividades a realizar na aula seguinte.

No que concerne à estratégia 3 “Organizar a disposição da sala de aula de forma a facilitar o contacto com o aluno, sentando-o na carteira que fica mais próxima do professor”, apenas numa aula, o aluno estava sentado na última fila de carteiras, sozinho na mesa, mostrou-se inquieto, balanceava o corpo para a frente e para trás na cadeira, não prestando a devida atenção às diversas atividades realizadas durante a aula. Nas restantes aulas observadas o aluno estava sentado na primeira fila horizontal de carteiras.

Verificou-se que a estratégia 15 “Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários (tipo X)”, foi aplicada pela generalidade dos professores notando-se uma maior

motivação e atenção do aluno quando confrontado com exercícios que lhe permitiam alguma liberdade de resposta, não limitando a sua resposta apenas a uma mera cruz.

Em relação à estratégia 23 “Ensinar mnemónicas, quadras, rimas que facilitem a memorização da matéria lecionada”, excetuando uma das aulas observadas não foi possível verificar a aplicação desta estratégia pelos professores.

Para além das estratégias supracitadas houve alguns aspetos que estiveram patentes nas aulas observadas, e que não se encontravam referenciados na lista de verificação. Segundo (Bardin, 1977), novas inferências podem ser feitas pelo investigador em relação ao objeto de investigação, mesmo que não tenham sido previstas, porém as interpretações devem ter por base a própria literatura de especialidade ou as práticas observadas no ambiente de investigação.

Verificou-se que, no geral, os professores mostraram-se firmes quando era necessário chamar o aluno à atenção, apelando ao seu bom comportamento. Em algumas aulas os professores permitiram ao aluno movimentar-se, sem que este tivesse necessidade de permanecer a aula toda sentado, como por exemplo apagar o quadro, fechar os estores das janelas, pedir à auxiliar do pavilhão giz.

Em três das aulas observadas os docentes serviram-se de exemplos concretos da vida da criança com PHDA, para transmitir a informação desejada, tendo-se notado um aumento da atenção e curiosidade do aluno sobre o tema em debate.

Na maioria das aulas presenciadas os professores limitaram-se a usar o quadro de lousa e algumas fichas de trabalho que distribuíram pelos alunos denotando-se algum fastídio do aluno que se refletiu na falta de atenção nas tarefas propostas.

Em nenhuma das aulas observadas se verificou a utilização do custo de resposta, o uso de sistemas de pontos ou fichas para diminuir comportamentos indesejáveis e incrementar os comportamentos desejáveis.

Verificou-se também não existirem espaços nas salas de aula onde o aluno, caso fosse necessário, pudesse trabalhar isoladamente, principalmente pela falta de espaço na sala de aula.

3.3 – Análise e discussão dos dados

A necessidade de fazermos o cruzamento dos dados obtidos do questionário e da observação direta resultou da necessidade moral para atestar a validade dos processos. Segundo Yin (1994), a utilização de múltiplas fontes de dados na construção de um estudo de

caso, permite-nos considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e em simultâneo permite corroborar o mesmo fenómeno. Segundo o mesmo autor, o uso de múltiplas fontes de evidência permite o desenvolvimento da investigação em várias frentes, investigar vários aspetos em relação ao mesmo fenómeno. As conclusões e descobertas são assim mais convincentes e apuradas já que advêm de um conjunto de confirmações. Além disso, os potenciais problemas de validade do estudo são atendidos, pois as conclusões, nestas condições, são validadas através de várias fontes de evidência.

Do mesmo modo, Dexter (1970) defende que nenhuma investigação deve partir de dados recolhidos de uma só fonte. O autor defende o princípio denominado como triangulação, que implica a recolha de informação utilizando diversas técnicas reduzindo desta forma o risco das conclusões transparecerem as limitações da técnica utilizada.

Pope & Mays (2006) referem que se recorre ao método de triangulação a fim de assegurar a validade da investigação, enquanto mecanismo de comparação entre os resultados de dois ou mais métodos de recolha de dados, à adequada exposição dos processos de obtenção de informação, dos dados e da sua análise, ao cuidado na potencial influência das características, experiências e crenças dos investigadores, à procura e discussão de eventuais conflitos e contradições entre os resultados e a explicação para os fenómenos observados.

3.3.1 – Resultados obtidos do questionário e da observação direta

Nesta investigação foi feita a triangulação dos dados obtidos por duas fontes de dados diferentes, o questionário e a observação direta, para que as conclusões do estudo pudessem ser validadas.

O questionário aplicado aos professores permitiu numa primeira instância, sensibilizar os docentes para a problemática da PHDA motivando-os para que tomassem consciência progressiva das suas responsabilidades profissionais para com este tipo de crianças e através da análise estatística dos dados, caracterizar a amostra e conhecer as estratégias com que os professores concordavam e discordavam com a sua aplicação no contexto de sala de aula.

Das vinte e oito estratégias apresentadas no questionário, verificou-se que pelo menos metade dos professores da amostra não concordava com a aplicação de seis delas, “estratégias 1, 5, 8, 16, 20 e 27”, respetivamente, “Prestar atenção aos comportamentos adequados da criança (como permanecer sentado, realizar as tarefas propostas), ignorando as

condutas inadequadas e perturbadoras.”, “Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, caso seja necessário.”, “Utilizar sistemas de pontos, fichas e outras recompensas para controlar o comportamento inadequado do aluno ou quando este atinge um objetivo previamente definido.”, “Estimular a criança a usar um relógio para gerir o tempo na execução das tarefas propostas.”, “Combinar atividades propriamente escolares com exercícios para desenvolver a inibição muscular, aprender a relaxar e aumentar a concentração.” e “Apresentar um relatório semanal com objetivos específicos do aproveitamento do aluno e o «feedback» como os objetivos foram alcançados.”. Durante a observação das aulas, apenas numa das aulas se observou o professor a desenvolver com os alunos exercícios de relaxamento e a maioria dos docentes não ignorou os comportamentos incorretos do aluno alertando-o quando se verificava alguma atitude errada.

Para se inferir sobre a relação entre as variáveis que caracterizam a amostra e a inclusão do aluno com PHDA numa turma regular teve-se por base as seguintes questões orientadoras: “De que forma o género e a idade dos docentes influenciam na inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular?”, “De que modo as habilitações profissionais e a carreira dos docentes (tempo de serviço e situação profissional) influem na perceção que estes têm face à inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular?” e “De que maneira a formação contínua e/ou especializada dos docentes no âmbito da Educação especial interfere na perspetiva destes acerca da inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular?”

Para responder a estas questões, relacionaram-se as variáveis que caracterizam a amostra com a inclusão do aluno com PHDA e verificou-se que, através do teste do Qui-quadrado, existiam diferenças significativas entre as habilitações profissionais dos docentes e a inclusão do aluno numa turma regular. Ou seja, no total dos oito docentes, quatro eram licenciados e não concordavam com a inclusão do aluno com PHDA numa turma regular, sendo que os outros quatro docentes, um licenciado e outros três com pós graduação concordavam com a inclusão do aluno numa turma regular. Verificou-se também existirem diferenças significativas entre a situação profissional dos docentes e a inclusão do aluno numa turma regular. Ou seja, três professores do QE e 1 professor de QZP não concordavam com a inclusão do aluno numa turma regular, e os restantes professores, três contratados e um de QE concordavam com a inclusão do aluno.

Não se verificaram diferenças significativas entre as variáveis, género, idade, tempo de serviço e a variável inclusão do aluno com PHDA numa turma regular. Relativamente à formação especializada, metade dos professores afirmou ter uma formação especializada ou

frequentado formações acreditadas no âmbito da Educação Especial formação especializada, no entanto também não se verificou existirem diferenças significativas entre esta variável e a percepção dos professores no que respeita à inclusão do aluno com PHDA numa turma regular. Relativamente à formação dos professores, segundo (Rief & Heimburge, 2000) as escolas devem proporcionar aos professores mais formação nas seguintes áreas: características dos alunos com PHDA; estratégias de ensino eficazes tanto para os alunos com PHDA como para os outros; técnicas de motivação que envolvam os alunos e reduzam as oportunidades de ocorrência de comportamentos desajustados.

Para dar resposta à pergunta orientadora “Qual a relação entre a percepção que os professores têm sobre a inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular e o rendimento escolar do discente em causa na disciplina que lecionam?” estabeleceu-se a relação entre as variáveis opinião dos professores face à inclusão do aluno com PHDA numa turma regular e o sucesso do aluno na disciplina que lecionavam e verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos.

Relacionou-se o sucesso do aluno com cada uma das estratégias apresentadas no questionário para se identificarem quais das estratégias de intervenção que os professores utilizavam em sala de aula as que contribuíam mais para o sucesso escolar do aluno com PHDA. Verificou-se que das 28 estratégias apresentadas, apenas com cinco destas, o aluno teria mais sucesso quanto menos se utilizassem, apesar de não existirem diferenças significativas, relativamente à utilização dessas estratégias, com o sucesso escolar do aluno com PHDA na disciplina lecionada. Essas cinco estratégias foram:

- no conjunto das regras de sala de aula a “Estratégia 1: Prestar atenção aos comportamentos adequados da criança (como permanecer sentado, realizar as tarefas propostas), ignorando as condutas inadequadas e perturbadoras”. Durante a observação das aulas verificou-se que em relação à “estratégia 1”, a maioria dos professores chamou a atenção do aluno para as posturas menos corretas. De acordo com (Parker, 2003) deve evitar-se o recurso a castigos desnecessários ou injustificados, ignorando os comportamentos menos adequados quando estes não são demasiado graves, além disso, a reprimenda após o comportamento desajustado deve ser dada de preferência em privado (Dupaul & Stonner, 1994, citados por Lopes, 2003).
- no grupo das estratégias para motivar o aluno a “Estratégia 11: Elogiar o aluno quando este está a desenvolver determinada tarefa e não apenas quando ele a termina”. Na observação das aulas verificou-se que poucos foram os professores que elogiaram o aluno quando este

estava a desenvolver determinada tarefa, tendo neste caso a criança acelerado a resolução da mesma. Quando o professor elogiava o aluno sem que este tivesse terminado a atividade que lhe foi solicitada, o aluno tinha tendência a fazer mais rápido e menos correta, o que lhe faltava fazer. Parece-nos poder concluir que esta estratégia não contribuiu significativamente para o sucesso do discente;

- no conjunto das estratégias na realização das atividades a “Estratégia 17: Usar o trabalho de grupo de forma adequada explicitando muito bem o papel do aluno, realçando a importância deste para a execução da atividade”, apenas numa das aulas se verificou a aplicação da estratégia, tendo o aluno com PHDA resolvido a pares com o colega de mesa uma atividade solicitada pelo professor. Tal como refere (Rodhe & Benczik, 1999) devem evitar-se os trabalhos em grandes grupos para que a criança com PHDA não se disperse.
- no grupo das estratégias de atuação do professor a “Estratégia 20: Combinar atividades propriamente escolares com exercícios para desenvolver a inibição muscular, aprender a relaxar e aumentar a concentração” e a “Estratégia 24: Fornecer ao aluno antecipadamente um plano com as atividades a serem desenvolvidas na aula seguinte”, no que respeita à “estratégia 20” somente um professor a utilizou aquando da observação das aulas e quanto à “estratégia 24” não foi possível verificar a sua aplicação em nenhuma das aulas observadas, embora alguns docentes tenham referido oralmente as atividades a realizar na aula seguinte, sem contudo, entregarem ao aluno com PHDA um plano dessas tarefas em suporte de papel. De acordo com (Barkley, 1990 citado por Lopes, 1998a) é importante que os períodos da aula dedicados à área académica devem ser intercalados com breves momentos de exercício físico, “é conveniente prever períodos de repouso e de exercício” (Falardeau, 1999, p.111).

Com o intuito de identificar as atitudes dos docentes que têm maior impacto no rendimento escolar do aluno com PHDA, relacionou-se o sucesso do aluno com PHDA nas diversas disciplinas com as estratégias utilizadas pelos professores na sua inclusão e, de acordo com o «Multivariate General Linear Model», apenas se verificaram interações significativas da variável “sucesso do aluno com PHDA” com as seguintes estratégias utilizadas com o aluno com PHDA: “Estratégia 3: Organizar a disposição da sala de aula de forma a facilitar o contacto com o aluno, sentando-o na carteira que fica mais próxima do professor.”, “Estratégia 15: Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários” e

“Estratégia 23: Ensinar mnemónicas, quadras, rimas que facilitem a memorização da matéria lecionada”. O tamanho do efeito foi de maior dimensão relativamente à “estratégia 15”.

Em praticamente todas as aulas observadas foi possível verificar que a sala de aula estava organizada de modo a que o aluno com PHDA estivesse sentado na carteira que fica mais próxima do professor, tal como referido no questionário, no que concerne à aplicação da “estratégia 3”. Esta estratégia está de acordo com o que referem (Rodhe & Benczik, 1999; Cordinha & Boavida, 2008) segundo os quais a criança deve sentar-se na primeira fila para que se focalize a sua atenção. Deve criar-se um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos desviantes sejam mais prevenidos que corrigidos (Dupaul & Stoner, 1994 citados por Lopes, 2003).

Aquando da observação das aulas, verificou-se que a “estratégia 15” foi aplicada pela maioria dos professores, estando de acordo com o que responderam no questionário. Segundo (Vasquez, 1997), devem ser dadas ao aluno com PHDA, atividades que aumentem o nível de atenção-concentração como ordenação de séries, preenchimento de espaços, exercícios de raciocínio lógico, escrita criativa, entre outros.

Relativamente à “estratégia 23” apesar de no questionário os professores afirmarem que a utilizavam só se verificou a sua aplicação numa das aulas observadas.

Para além das estratégias já referidas como as que menos contribuíram para o sucesso do aluno e as que tinham maior impacto no seu rendimento escolar, as restantes foram as que, segundo o questionário, contribuíram mais para o sucesso do aluno, embora através da aplicação do teste «*U de Mann-Whitney*», verificou-se não existir diferenças significativas, relativamente à utilização dessas estratégias com o sucesso / insucesso do aluno com PHDA.

Pela observação das aulas foi possível ainda verificar-se a aplicação da “Estratégia 2”: “Mostrar-se firme e seguro quando é necessário cumprir as regras e normas escolares, evitando as ameaças, os castigos e as repreensões, caso a criança não cumpra.”, os professores mostraram-se firmes quando era necessário chamar o aluno à atenção. Em todas as situações observadas, o aluno foi sempre repreendido à frente dos colegas de turma o que vai contra o que referem (Dupaul & Stoner, 1994 citados por Lopes, 2003) segundo os quais a reprimenda deve ser dada em privado. Além disso, “o professor deverá ajudar a criança a lembrar-se das regras e consequências e repeti-las em voz alta” (Lopes, 1998b, p. 29) o que não se verificou em nenhuma das aulas observadas.

Quanto à “Estratégia 12: Propor ao aluno a realização de tarefas específicas como, por exemplo, apagar o quadro, ligar/desligar o computador e praticar exercícios para reduzir a

tensão, como bater com o lápis ritmicamente, balancear as pernas e elogiar-lo por isso.”, em algumas aulas, os docentes solicitaram ao aluno que apagasse o quadro, fechasse os estores das janelas e pedisse giz à auxiliar, aliviando a tensão que ele pudesse sentir por ter que estar sentado o tempo todo da aula. Tal como refere (Rodhe & Benczik, 1999) deve fazer-se o reforço positivo do comportamento esperado através de elogios ou recompensas, permitindo que a criança saia da sala de aula por breves instantes.

No que concerne à “Estratégia 18: Relacionar a informação nova com a experiência da criança usando exemplos concretos antes de passar ao abstrato.” verificou-se que alguns docentes usaram exemplos da vida do aluno com PHDA para transmitir novos conceitos. Também as experiências pessoais da criança com PHDA para transmitir novos conceitos podem mais facilmente captar e fixar a atenção do aluno (Falardeau, 1999).

Embora a “Estratégia 21: Usar recursos e formas de apresentação inovadoras, utilizando uma metodologia de preferência visual, escrevendo por exemplo palavras-chave à medida que expõe determinado assunto.” e a “Estratégia 5: Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, caso seja necessário.” fossem duas estratégias que mais contribuíam para o sucesso escolar do aluno na observação de aulas verificou-se que a maioria dos professores não utilizou tecnologias de informação e comunicação e outros recursos multimédia, tendo feito uso do quadro de lousa, para esquematizar a informação transmitida e distribuído fichas de trabalho em suporte de papel e também não existiam espaços na sala de aula em que o aluno com PHDA pudesse trabalhar isoladamente. Segundo (Rodhe & Benczik, 1999) deve utilizar-se vários recursos de ensino que não sejam somente o computador e a voz, esquematizar os conteúdos da aula e estimular a criança com PHDA a ler em voz alta. Contudo (Falardeau, 1999) refere que os recursos informáticos para além de aumentarem a motivação e a atenção podem servir de reforço compensatório ao bom comportamento do aluno, pelo que deve ser feito uso desta tecnologia. A apresentação de atividades diversificadas em sala de aula é o meio para evitar que os alunos se distraiam (Parker, 2003).

Em relação à “Estratégia 8: Utilizar sistemas de pontos, fichas e outras recompensas para controlar o comportamento inadequado do aluno ou quando este atinge um objetivo previamente definido”, em nenhuma das aulas observadas verificou-se a aplicação destas técnicas comportamentalistas que segundo autores como (Barkley, 1998; DuPaul & Stoner, 1994; Lopes, 2003; Parker, 2003; Falardeau, 1999; Rodhe & Benczik, 1999; Vasquez, 1997) podem ser eficazes quando se trabalha com alunos com PHDA. Ou seja, não foi utilizado o

custo de resposta, isto é, a perda de uma recompensa esperada para a diminuição de comportamentos indesejáveis. Também não foi usado qualquer tipo de sistemas de pontos ou fichas que posteriormente pudessem ser trocáveis por determinadas recompensas para valorizar o comportamento adequado do aluno.

Verificou-se, nesta análise de resultados, e de acordo com os resultados esperados, a extrema necessidade de se adotarem estratégias que promovam o sucesso educativo da criança com PHDA, na perspetiva de escola inclusiva, o que só é possível após a sensibilização dos docentes para a problemática da PHDA motivando-os para que tomem consciência progressiva das suas responsabilidades profissionais para com este tipo de crianças. É fundamental que os docentes utilizem estratégias educativas, que permitam ajustar o comportamento do aluno com PHDA, de modo a que este adquira competências académicas e que não perturbe os restantes elementos da turma. “É claro que uma aula viva e interessante, dada por um professor que é bom comunicador, consegue prender a atenção de forma distinta de uma outra profundamente maçadora pelo tom monocórdico de um professor - robot.” (Antunes, 2009, p. 175).

A prática da grande maioria das estratégias depende quer da base empírica do professor acerca da perturbação, como também da promoção de uma boa relação escola-família e claro da motivação, vocação, empatia e criatividade do professor. O professor deve identificar os pontos fortes e os pontos fracos e intervir, respeitando a individualidade do aluno e as limitações que são impostas pelos contextos familiar, escolar e social. Segundo (Rodrigues, 2005) o sucesso escolar depende do ajuste entre as variáveis biológicas do indivíduo e as variáveis do contexto.

Em termos gerais, pode dizer-se que os professores do aluno com PHDA tiveram uma atitude consonante com aquilo que na literatura se recomenda visto que nos estamos a referir a estratégias a seguir e não em crenças/mitos criados os quais ainda consistem linhas de orientação para algumas pessoas para intervir com crianças com esta problemática. Contudo, tal como se verificou neste estudo, há determinadas estratégias que são mais proficientes do que outras, contribuindo mais e melhor para o sucesso escolar do aluno.

Considerações finais

Como professora a frequentar um Mestrado em Educação Especial consideramos importante clarificar e aprofundar a problemática da Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção que na prática quotidiana é uma das problemáticas mais frequentes manifestada pelos alunos.

Todas as crianças e jovens, de vez em quando, são desatentas e impulsivas manifestando elevados níveis de energia, mas nas crianças com PHDA esta conduta é permanente pelo que tem de se ter cuidado com rótulos apressados que poderão prejudicar o aluno para o resto da vida impedindo-o de seguir o seu ritmo normal de desenvolvimento global e harmonioso e de aprendizagem. O facto de as crianças com este distúrbio não se conseguirem concentrar na realização das tarefas e manterem-se atentas durante um período de tempo razoável impede-as de alcançar o sucesso académico e social desejável.

A hiperatividade com défice de atenção é um problema do foro neurológico (Parker, 2003) ao qual não se tem prestado a devida atenção, é tratável mas não é curável (Barkley, 1998), no entanto, não deve ser limitadora de sucesso. Este distúrbio pode ser influenciado por fatores ambientais, sociais, biológicos e genéticos e persistir pela vida adulta (Lopes, 2003). É extremamente complexo pelo que não pode ser visto isoladamente, mas sim, de forma abrangente, implicando muitas variáveis a considerar, desde a história de vida do aluno; às causas, consequências e significado dos comportamentos perturbadores; às interações que desenvolve e aos diferentes contextos em que está inserido.

Devido à série de problemas psicológicos, sociais, educacionais e até mesmo criminais que podem ocorrer como consequência do não tratamento da PHDA é muito importante que os profissionais de educação que lidam com alunos com esta problemática estejam minimamente informados sobre a existência desta perturbação e dos seus sintomas mais frequentes sob pena destas crianças se transformarem num verdadeiro problema na vida de pais, professores e de todos aqueles que estejam à sua volta. Após a identificação da perturbação há a necessidade de se adotarem estratégias no sentido de se ultrapassarem as dificuldades sentidas. O professor desenvolverá estratégias que respondam à individualidade e diferenças apresentadas pelo aluno, pois cada caso é um caso. A atuação do professor tem de ser pensada em função da heterogeneidade da sua turma no que diz respeito aos saberes já adquiridos pelos alunos, às suas vivências, necessidades e interesses numa perspetiva de pedagogia diferenciada em relação ao mesmo grupo e ao mesmo espaço (Sanches, 1996).

A escola, por sua vez, será responsável pela disponibilização dos meios que respondam aos problemas com que o aluno se depara contínua e diariamente. Segundo (Selikowitz, 2010) a escola deve apresentar regras claras que as crianças com PHDA consigam entender e deve ter, no seu corpo docente, professores de apoio que lhes possam dar ajuda suplementar na turma.

A intervenção adequada, visa melhorar o rendimento escolar, a aquisição de competências emocionais, sociais e mecanismos compensatórios pode influenciar o prognóstico de forma positiva. Esta intervenção deve permitir ao aluno com PHDA conseguir tirar o máximo partido das suas características e competências, levando-o a realizar todo o seu potencial. Como agentes de educação, não podemos, nem devemos limitar o aluno, mas sim proporcionar-lhe todos os instrumentos necessários para uma melhor aprendizagem. Foi neste sentido que se desenvolveu este trabalho, com o objetivo principal de aferir quais as estratégias de intervenção dos professores que facilitavam a inclusão e contribuía para o sucesso escolar de um aluno com PHDA.

Da análise dos resultados obtidos concluiu-se que há uma série de estratégias que os docentes aplicam e que contribuem para o sucesso escolar do aluno com PHDA. Contudo, este conjunto de estratégias não constitui, no entanto, um modelo que se possa generalizar a todas as crianças com este distúrbio. Acreditamos no entanto que este estudo poderá servir de instrumento para professores que em situações semelhantes relacionem as suas decisões com as que foram descritas e adotem as estratégias mais adequadas. Segundo (Parker, 2003, p. 55) “Apesar de não existirem dois alunos com PHDA exatamente iguais e a necessitarem precisamente do mesmo tipo de ambiente de aprendizagem, existem alguns princípios gerais que parecem fazer sentido que sejam seguidos quando se ensina alunos hiperativos”. Neste sentido, julgamos que foi muito pertinente a realização deste trabalho.

De vinte e oito estratégias de intervenção apresentadas no questionário verificou-se que apenas com cinco delas o aluno teria mais sucesso quanto menos se utilizassem embora se tenha verificado não existirem diferenças significativas entre a utilização dessas estratégias e o sucesso do aluno, que foram as seguintes: “Prestar atenção aos comportamentos adequados da criança, ignorando as condutas inadequadas e perturbadoras”; “Combinar atividades propriamente escolares com exercícios para desenvolver a inibição muscular, aprender a relaxar e aumentar a concentração”; “Fornecer ao aluno antecipadamente um plano com as atividades a serem desenvolvidas na aula seguinte”, “Elogiar o aluno quando este está a desenvolver determinada tarefa e não apenas quando ele a termina” e “Usar o trabalho de

grupo de forma adequada explicitando muito bem o papel do aluno, realçando a importância deste para a execução da atividade”.

De todas as estratégias educativas que foram apresentadas aquelas que mais impacto tinham no sucesso escolar do aluno eram: “Organizar a disposição da sala de aula de forma a facilitar o contacto com o aluno, sentando-o na carteira que fica mais próxima do professor.”, “Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários” e “Ensinar mnemónicas, quadras, rimas que facilitem a memorização da matéria lecionada”.

Outra das nossas pretensões era apurar se o género, idade, habilitações, carreira dos docentes e formação dos docentes influenciavam a perceção destes acerca da inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular, tendo-se verificado que não existiam diferenças significativas entre as variáveis, género, idade, tempo de serviço, formação dos docentes e a inclusão do aluno com PHDA numa turma regular. No entanto, verificou-se que existiam diferenças significativas entre as habilitações profissionais dos docentes e a situação profissional dos docentes com a inclusão do aluno numa turma regular.

Foi também nossa pretensão tentar saber qual a relação entre a perceção que os professores tinham sobre a inclusão de um aluno com PHDA numa turma regular e o rendimento escolar do discente com PHDA na disciplina que lecionavam. Com os dados recolhidos verificou-se que embora metade dos professores inquiridos não concordassem com a inclusão do aluno com PHDA numa turma regular, não existiam diferenças significativas entre as variáveis “inclusão do aluno com PHDA” e “sucesso do aluno”.

Esta investigação teve uma importância vital pois além de nos apetrechar de saberes teóricos que sustentam o conhecimento desta problemática e as formas de intervenção em contexto escolar que facilitam a inclusão do aluno e contribuem para o seu sucesso escolar, levou-nos a uma reflexão mais cuidada e a “ver” o aluno, não como reflexo de discente com dificuldades de aprendizagem e de inclusão, mas como pessoa em toda a sua dimensão.

Segundo Sosin & Sosin (2006) com um diagnóstico e um tratamento adequado, muitos dos problemas como a retenção escolar e posterior abandono dos estudos, depressão, distúrbios de comportamento, problemas relacionais e vocacionais, fracas competências sociais, bem como a entrada na marginalidade ou delinquência, abuso drogas, podem ser adequadamente tratados ou, até mesmo, evitados se a intervenção for executada o mais precocemente possível. Não podemos pensar nas crianças como grupos homogéneos, mas atender à personalidade, potencialidades e limitações individuais.

Cabe ao professor mobilizar todos os meios ao seu dispor para identificar e avaliar objetivamente as características individuais que conduzam a intervenções eficazes e adequadas. De acordo com a literatura, à necessidade de se utilizarem estratégias diversificadas, adequações curriculares e adotar métodos individualizados, para conseguir que as crianças com PHDA consigam ter sucesso tanto ao nível académico como social. O aluno com PHDA pode ser ensinado com sucesso desde que encontre uma sala de aula com as mudanças adequadas e as adaptações estabelecidas pelo professor (Parker, 2003). Os principais obstáculos podem passar pela falta de conhecimento do professor, o número elevado de alunos por turma e a falta de tempo do docente.

Consideramos a metodologia escolhida nesta investigação adequada, realizou-se uma análise qualitativa, quantitativa e relacional dos resultados, o que nos permitiu responder às perguntas orientadoras e atingirmos os objetivos inicialmente propostos. Recorreu-se à triangulação de dados a fim de assegurar a validade da investigação, segundo (Yin, 1994), o uso de múltiplas fontes de evidência permite que as conclusões e descobertas sejam mais convincentes e apuradas já que advêm de um conjunto de confirmações. As conclusões foram validadas através das seguintes fontes de evidência, questionário e observação direta.

Este estudo apresentou algumas limitações, o número de aulas observadas foi limitado devido ao tempo disposto para o estudo, não foi possível observar todas as estratégias de intervenção dos professores em contexto de sala de aula. No futuro, como proposta, seria importante verificar se a frequência de utilização das estratégias apresentadas pelos docentes, aumentando o número de aulas observadas e utilizando outras técnicas de recolha de dados para cruzamento de informação, como por exemplo o inquérito por entrevista, para conseguir uma compreensão mais aprofundada do problema em análise.

Em vez de se estudar a aplicação das estratégias a um único aluno com PHDA, propomos considerar vários alunos com a mesma problemática, como a amostra considerada ser alargada a um número superior de docente, sendo possível generalizar os resultados obtidos.

Subjacente a toda a investigação existiu um objetivo que esteve sempre presente, o de sensibilizar os docentes para a problemática da PHDA motivando-os para que tomassem consciência progressiva das suas responsabilidades profissionais para com estas crianças.

Referências Bibliográficas

- Antunes, N. L. (2009). *Mal – entendidos. Da Hiperatividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura*. Lisboa: Verso de Kapa.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM – IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Asbahr, F. R., Costa, C, Z & Morikawa, M. (2010). Quadro clínico e diagnóstico. Criança e Adolescente. In M. R. Neto (Coord.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. (pp. 146–160). Porto Alegre: Artmed Editora S. A.
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barkley, R. A. (1990). A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: Clinical and research implications. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 343-352.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – A Hanbok for Diagnosis and Treatment* (2ª ed). New York: Guidford Press.
- Berdonces, J. L. (2001). Síndrome de deficit de atención e hiperactividad infantil. *Revista de Enfermería - Rol*. (Vol. 24 (1), pp. 11-14). Ediciones Rol, S. A.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação*. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora
- Cadima, A. (2006). *Diferenciação Pedagógica na Sala de Aula*. Atas do Seminário Equidade na Educação: Prevenção de Riscos Educativos. (pp. 109-119). Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Candeias, A. (2009). Avaliação Inclusiva – Uma avaliação centrada na compreensão do potencial de desenvolvimento. In A. A. Candeias (Coord.), *Educação Inclusiva: Concepções e Práticas*. (pp. 21-37). CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação – guia para auto aprendizagem* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

- Choupana, A., Oliveira, A., Carapinha, M., & Candeias, A. (2009). O lugar das competências pessoais e sociais na educação inclusiva de alunos com NEE. In A. A. Candeias (Coord.), *Educação Inclusiva: Concepções e Práticas*. (pp. 106- 116). CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: OMS.
- Cordinha, A., & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação, intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24(5). 577-589. Publisaúde-Edições Médicas Lda.
- Correia, L. M. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – Um guia para educadores e professores*. (2ª Ed.). Porto: Porto Editora.
- Costa, P. J., Heleno, S., Pinhal, C. (2010). *Juntos no desafio – Guia para a promoção de competências parentais*. (1ª Ed.). Leiria: Textiverso.
- Dupaul. G. J. & Stoner. G. (1994). *ADHA in the schools: assessment and intervention strategies*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Falardeau, G., (1999). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições CETOP
- Figueiral, A. S. (2010). Abordagens Psicoterápicas e psicossociais. Psicopedagogia. In M. R. Neto (Coord.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. (pp. 336–353). Porto Alegre: Artmed Editora S. A.
- Fonseca, A.C. (1998). Hiperatividade e Problemas de Atenção em Crianças e Adolescentes. *Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, 19, 7-41. Edição Apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Fonseca, V. (2004). *Dificuldades de aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Franco, V. (2009). Percursos inclusivos no ciclo de vida da pessoa com deficiência. In A. A. Candeias (Coord.), *Educação Inclusiva: Concepções e Práticas*. (pp. 89-105). CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora.
- Garcia, I. M. (2001). *Hiperatividade – prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Amadora: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Gattás, I. G., Nunes, A. P., Reis, A. T., Santos, S. N., & Rosário, M. C. (2010). Tratamento farmacológico. Criança e adolescente. In M. R. Neto (Coord.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. (pp. 275–292). Porto Alegre: Artmed Editora S. A.

- Gobbo, M. A., & Neto, M. R. (2010). TDAH e gênero. In M. R. Neto (Coord.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. (pp. 226–245). Porto Alegre: Artmed Editora S. A.
- Jones, M. (2004). *Hiperatividade – Como ajudar seu filho*. São Paulo: Plexus Editora
- Knapp, P., Bicca, C., & Grevet, E. H. (2010). Abordagens Psicoterápicas e psicossociais. Terapia cognitivo-comportamental. In M. R. Neto (Coord.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. (pp. 305–335). Porto Alegre: Artmed Editora S. A.
- Kutscher, M. L. (2011). *Crianças com Síndromes simultâneas*. Coleção Educação Especial. N°19. Porto: Porto Editora.
- Lopes, J. A. (1998a). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula*. Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Braga.
- Lopes, J. A. (1998b). *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação*. Braga: S. H. O.
- Lopes, J. A. (2003). *A Hiperatividade*. Coleção Nova Era: Educação e Sociedade. Coimbra: Editora Quarteto.
- Madureira, I. P. & Leite, T. S. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. (1ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. (3ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Neto, M. R. (2010). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Breve história do conceito. In M. R. Neto (Coord.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. (pp. 13–21). Porto Alegre: Artmed Editora S. A.
- Nielsen, I. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula – Um guia para Professores*. Coleção Educação Especial. N°3. Porto: Porto Editora.
- Orjales, I. (2007). Déficit de atenção/hiperatividade: diagnóstico e intervenção. In E. González (Coord.), *Necessidades Educativas Específicas – Intervenção psicoeducacional*. (pp. 295–320). Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade, um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

- Pires, H., Grácio, L., Santos, G., Borralho, A., Candeias, A., Chaleta, E., & et al. (2009). O Papel da família na inclusão escolar. In A. A. Candeias (Coord.), *Educação Inclusiva: Concepções e Práticas*. (pp. 75-83). CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora.
- Pomar, C., Grácio, L., Borralho, A., Candeias, A., Pires, H., Chaleta, E., & et al. (2009). Formação de professores para a escola inclusiva: algumas perspetivas europeias. In A. A. Candeias (Coord.), *Educação Inclusiva: Concepções e Práticas*. (pp. 61-72). CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora.
- Pope, C., & Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care*. (3ª ed.). UK: Blackwell Publishing.
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). *Normas para a elaboração e apresentação de teses de Doutoramento (aplicáveis às dissertações de Mestrado)*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Razera, G. (2001). *Hiperatividade Eficaz: Uma Escolha Consciente* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciologia.
- Rebocho, M., Candeias, A., Peniche, M., Baldeira, P., & Lagartixo, S. (2009). Intervenção Inclusiva: Reflexões a partir de um caso prático. In A. A. Candeias (Coord.), *Educação Inclusiva: Concepções e Práticas*. (pp. 117-136). CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora.
- Rebocho, M., Saragoça, M. J., & Candeias, A. (2009). Fundamentos para a educação inclusiva em Portugal. In A. A. Candeias (Coord.), *Educação Inclusiva: Concepções e Práticas*. (pp. 38-48). CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora.
- Rief, S. (2001). *Estratégias de intervenção na escola*. Trabalho apresentado na II Conferência Internacional sobre transtorno de deficit de atenção/hiperatividade. São Camilo: Centro de Convenções.
- Rief, S. F. & Heimburge, J. A. (2000). *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva*. Coleção Educação Especial. Volume I. Nº11. Porto: Porto Editora.
- Rodhe, L.A. & Benczik, E.B. (1999). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed Editora S. A.
- Rodrigues, A. (2005). *Hiperatividade com défice de atenção, compreender e intervir na escola e na família*. Cascais: Editora Cadin.

- Sanches, I. R. (1996). *Necessidades Educativas Especiais e apoios e complementos educativos no quotidiano do professor*. Porto: Porto Editora.
- Sanches, I. R. (2003). *Comportamentos e Estratégias de atuação na Sala de Aula*. Porto: Porto Editora.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperatividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Serra, H. & Leal, M. A. (2007, Junho 5). Distúrbio Hiperatctivo com Défice de Atenção e problemas de Aprendizagem. *Cadernos de estudo*. (pp. 117–124). Uma publicação do Centro de Investigação Paula Frassinetti.
- Shayer, B. P., Durán, P. A., Figueiredo, T. V., Silva, E. L., & Rosário, M. C. (2010). Curso e prognóstico. In M. R. Neto (Coord.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. (pp. 246–264). Porto Alegre: Artmed Editora S. A.
- Silva, V. A. (2010). Psicodinâmica. In M. R. Neto (Coord.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. (pp. 126–145). Porto Alegre: Artmed Editora S. A.
- Sosin, D., & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade*. Porto: Porto Editora.
- Tilstone, C., Florian, L., & Rose, R. (2003). *Promover a Educação Inclusiva*. Coleção Horizontes Pedagógicos. Lisboa: Instituto Piaget.
- Unesco. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação na Área das Necessidades Educativas Especiais*. (Vol.7). Lisboa: Edições do Instituto de Inovação Educacional.
- Vásquez, I. C. (1997). Hiperatividade: Avaliação e tratamento. In R. Bautista (Coord.), *Necessidades educativas Especiais*. (1ª ed., pp. 159–184). Lisboa: Dinalivro.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2ª ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Webgrafia

- Amaral, C., Pio, J., & Matos, L. (2009). *Metodologia de Investigação Científica. Variáveis em Investigação*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Acedido a 9 de Fevereiro de 2013, em, <http://www.slideshare.net/MinvC/variveis-em-investigao>
- Araújo, C.; Pinto, E.; Lopes, J.; Nogueira, L. & Pinto, R. (2008). *Estudo de caso*. Universidade do Minho: Instituto de educação e Psicologia. Acedido a 18 de Janeiro de 2013, em, http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf
- Associação Portuguesa da Criança Hiperativa [APCH]. (2008). http://www.apdch.net/hiperactividade_o_que_e.html Acedido a 5 de Janeiro de 2013 em APCH, em, www.apdch.net
- Bruning, C. (2010, 18 de Abril). Breve história do TDA/H [texto colocado no Blog desligadohiperativo.blogspot.pt] enviado para <http://blogspot.pt/2010/04/breve-historia-do-tdah.html>. Acedido em 12 de Março de 2013
- Camacho, M. (2008). À velocidade da luz. [Versão eletrónica]. *Revista diversidades*, 21. Acedido a 6 de Janeiro de 2013 em <http://pt.scribd.com/doc/6429436/Revista-Diversidades-n-21#page=22>
- Coutinho, C. P., & Chaves, J. H. (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. [Versão eletrónica]. *Revista Portuguesa de Educação*, 15, 221 – 243. Acedido em 15 de Março, 2014, em, <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/492/1/ClaraCoutinho.pdf>
- Couto, A. (2011, 29 de Maio). *Método experimental e método não experimental*. Acedido em 12 de Abril de 2014, em, <http://www.comportese.com/2011/05/metodo-experimental-e-metodo-nao.html>
- Fowler, M. (2000). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Acedido em 10 de Janeiro de 2013, em, <http://www.kidsource.com>
- Greenwood, E. (1963). *Métodos de investigação empírica em Sociologia*. Acedido em 23 de Janeiro de 2013, em, <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224164262K21AE9wd1Ui39AM8.pd>
- Instituto de apoio à criança [IAC]. (2009). *A Criança com Hiperatividade e Défice de Atenção*. Acedido a 10 de Janeiro, 2013, em, <http://www.portaldacrianca.com.pt/artigosa.php?id=96>

Javeau, C. (1990). *L'enquête par questionnaire*. (4ª ed., p 30). Editions de L'Université de Bruxelles. Acedido em 27 de Janeiro de 2013, em, http://digistore.bib.ulb.ac.be/2007/DL2472288_000_f.pdf

Morais, C. M (2005). *Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Acedido a 9 de Fevereiro de 2013, em, <http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/estdescr.pdf>

Moura, O. (2013). Portal da hiperatividade. In www.hiperactividade.portalpsi.net/. Acedido em 31 de Julho de 2013 em <http://hiperactividade.portalpsi.net/>.

Rodrigues, D., & Nogueira, J. (2010). Educação especial e inclusiva em Portugal. Factos e opções. [Versão eletrónica]. *Revista educación inclusiva*, 1, Vol.3. Acedido em 20 de dezembro, 2012, em, <http://www.ujaen.es/revista/rei/linked/documentos/documentos/5-6.pdf>

Fontes legislativas

Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de Agosto. Diário da República (DR). Acedido em 12 de Dezembro, 2012, em, <http://portal.doc.ua.pt/baes/Decreto-lei319de23agosto91.pdf>

Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro. Diário da República (DR). Acedido em 12 de Dezembro, 2012, em, <http://dre.pt/pdf1s/2008/01/00400/0015400164.pdf>

Despacho Conjunto nº 105/97, de 1 de Julho. Diário da República (DR). Acedido em 15 de Dezembro, 2012, em, <http://www.prof2000.pt/users/bagao/html/dc105de97.htm>

Despacho Normativo nº 50/2005, de 9 de Novembro. Diário da República (DR). Acedido em 15 de Dezembro, 2012, em, [http://www.gave.min-edu.pt/np3content/?newsId=31&fileName=despacho normativo 50 2005.pdf](http://www.gave.min-edu.pt/np3content/?newsId=31&fileName=despacho%20normativo%2050%202005.pdf)

Apêndice A

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIRECÇÃO DA ESCOLA

Ex.^{mo} Sr(a). Diretor(a)

da _____

Encontro-me a realizar uma investigação, no âmbito de um Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação Almeida Garrett e venho por este meio solicitar, a V. Exma., autorização para realizar o meu estudo na turma X da Escola Y. O tema do estudo é a intervenção dos professores na inclusão de um aluno com PHDA pertencente à Turma X.

O estudo envolve dados obtidos através do contributo dos professores, sendo a recolha de dados efetuada através de inquéritos por questionário e de registos recolhidos a partir da observação de aulas. Os dados recolhidos destinam-se unicamente para este estudo e serão absolutamente confidenciais, não se identificando em nenhum momento do tratamento dos mesmos a escola, os professores ou os alunos.

Solicito a V. Exma. a devida autorização.

Agradeço a vossa colaboração, os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

A Professora Investigadora,

O Professor Orientador,

(Ana Marta)

(Professor Doutor Nuno Mateus)

Lisboa, ____ de _____ de 201__

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Ex.^{mo(a)} Sr. ou Sr.^a

Encarregado de Educação

Encontro-me a realizar uma investigação, no âmbito de um Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação Almeida Garrett que consiste em recolher dados sobre as atitudes dos docentes face à inclusão e ao sucesso escolar de um aluno ao qual foi diagnosticado Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA).

Venho por este meio solicitar a V. Exma., autorização para realizar o meu estudo com o seu educando.

O estudo envolve dados obtidos através do contributo dos professores, sendo a recolha de dados efetuada através de inquéritos por questionário e de registos recolhidos a partir da observação de aulas. Os dados recolhidos destinam-se unicamente para este estudo e serão absolutamente confidenciais, não se identificando em nenhum momento do tratamento dos mesmos a escola, os professores ou o aluno.

Quer o Conselho Executivo quer os professores manifestaram já disponibilidade para colaborar neste estudo.

Lisboa, __de _____ de 201__

Com os melhores cumprimentos,

A Professora Investigadora,

O Professor Orientador,

(Ana Marta)

(Professor Doutor Nuno Mateus)

✂-----

Autorização

Eu, _____ Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) _____, nº ____, da turma ____, do ____º ano, autorizo o meu educando a participar no estudo de investigação, para o Mestrado em Educação Especial, de forma a que seja possível a recolha de dados.

O(A) Encarregado(a) de Educação

_____/_____/201__

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PROFESSOR

Ex.^{mo} Sr. Professor

da _____

Encontro-me a realizar uma investigação, no âmbito de um Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação Almeida Garrett e venho por este meio solicitar, a V. Exma., autorização para realizar o meu estudo na turma X da Escola Y. O tema do estudo é a intervenção dos professores na inclusão de um aluno com PHDA pertencente à Turma X.

O estudo envolve dados obtidos através do contributo dos professores do aluno com PHDA, sendo a recolha de dados efetuada através de inquéritos por questionário e de registos recolhidos a partir da observação de aulas. Os dados recolhidos destinam-se unicamente para este estudo e serão absolutamente confidenciais, não se identificando em nenhum momento do tratamento dos mesmos a escola, os professores ou o aluno.

Solicito a V. Exma. a devida autorização.

Agradeço a vossa colaboração, os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

A Professora Investigadora,

O Professor Orientador,

(Ana Marta)

(Professor Doutor Nuno Mateus)

Lisboa, ____ de _____ de 201__

Apêndice B

QUESTIONÁRIO

O questionário que se apresenta insere-se no âmbito de um Curso de Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação Almeida Garrett e tem como principal objetivo recolher dados sobre a intervenção dos docentes na inclusão e sucesso escolar de um aluno com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) pertencente à turma X da escola Y.

Para esse efeito a sua colaboração é fundamental. As suas respostas são anónimas e confidenciais e apenas servirão para o fim em causa.

Deverá responder a todas as questões apresentadas.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

PARTE I

Assinale com uma cruz (X) o quadrado correspondente à sua situação:

1. GÉNERO:

FEMININO	<input type="checkbox"/>
MASCULINO	<input type="checkbox"/>

2. IDADE

< 30 ANOS	<input type="checkbox"/>
31 a 40 ANOS	<input type="checkbox"/>
41 a 50 ANOS	<input type="checkbox"/>
51 a 60 ANOS	<input type="checkbox"/>
> 61 ANOS	<input type="checkbox"/>

3. HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS:

BACHARELATO	<input type="checkbox"/>
LICENCIATURA	<input type="checkbox"/>
PÓS-GRADUAÇÃO	<input type="checkbox"/>
MESTRADO	<input type="checkbox"/>
DOUTORAMENTO	<input type="checkbox"/>

4. TEMPO DE SERVIÇO:

ATÉ 5 ANOS	<input type="checkbox"/>
6 A 10 ANOS	<input type="checkbox"/>
11 A 20 ANOS	<input type="checkbox"/>
20 A 30 ANOS	<input type="checkbox"/>
MAIS DE 30 ANOS	<input type="checkbox"/>

5. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

PROFESSOR ESTAGIÁRIO	<input type="checkbox"/>
PROFESSOR CONTRATADO	<input type="checkbox"/>
PROFESSOR DO QZP	<input type="checkbox"/>
PROFESSOR DO QE	<input type="checkbox"/>

6. POSSUI FORMAÇÃO ESPECIALIZADA OU FREQUENTOU AÇÕES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA ACREDITADAS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL:

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

7. OS ALUNOS COM PHDA DEVEM SER INCLUÍDOS EM TURMAS REGULARES:

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

8. O ALUNO COM PHDA É BEM-SUCEDIDO NA DISCIPLINA QUE LECIONA:

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

PARTE II

A parte II deste questionário inclui um conjunto de afirmações que podem ou não estar de acordo com a sua opinião. O que se pretende é saber quais as estratégias que utiliza na inclusão do aluno com PHDA que frequenta a turma X.

Assinale a sua posição, colocando um círculo à volta do número que se adegue mais à sua opinião, tendo em conta as cinco posições da escala:

1	DT	DISCORDO TOTALMENTE
2	D	DISCORDO
3	I	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO
4	C	CONCORDO
5	CT	CONCORDO TOTALMENTE

AFIRMAÇÕES					
REGRAS DE SALA DE AULA	DT	D	I	C	CT
1. Prestar atenção aos comportamentos adequados da criança (como permanecer sentado, realizar as tarefas propostas), ignorando as condutas inadequadas e perturbadoras.	1	2	3	4	5
2. Mostrar-se firme e seguro quando é necessário cumprir as regras e normas escolares, evitando as ameaças, os castigos e as repreensões, caso a criança não cumpra.	1	2	3	4	5
3. Organizar a disposição da sala de aula de forma a facilitar o contacto com o aluno, sentando-o na carteira que fica mais próxima do professor.	1	2	3	4	5
4. Sentar a criança numa área com poucas distrações, próximo do professor, mantendo a área de trabalho livre de materiais desnecessários para a aula.	1	2	3	4	5
5. Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, caso seja necessário.	1	2	3	4	5
6. As regras de comportamento dentro da sala de aula devem aparecer escritas numa tabela visível simples, que deverá ser afixada na sala.	1	2	3	4	5
7. Utilizar a caderneta do aluno para contactar com o encarregado de educação/pais sempre que o aluno tenha comportamentos desajustados ao bom funcionamento da sala de aula ou não cumpra as tarefas solicitadas.	1	2	3	4	5
MOTIVAÇÃO DO ALUNO	DT	D	I	C	CT
8. Utilizar sistemas de pontos, fichas e outras recompensas para controlar o comportamento inadequado do aluno ou quando este atinge um objetivo previamente definido.	1	2	3	4	5
9. Aplaudir a criança pelos seus êxitos diários e elogiar outro aluno como modelo de conduta a seguir.	1	2	3	4	5
10. Determinar à partida com o aluno qual a tarefa a realizar, o prazo para a sua conclusão e qual a recompensa pela sua realização no tempo estipulado.	1	2	3	4	5
11. Elogiar o aluno quando este está a desenvolver determinada tarefa e não apenas quando ele a termina.	1	2	3	4	5
REALIZAÇÃO DAS TAREFAS	DT	D	I	C	CT
12. Propor ao aluno a realização de tarefas específicas como, por exemplo, apagar o quadro, ligar/desligar o computador e praticar exercícios para reduzir a tensão, como bater com o lápis ritmicamente, balancear as pernas e elogiar-lo por isso.	1	2	3	4	5
13. Fomentar atividades como escutar textos e, depois, pedir ao aluno que resuma o que foi dito, as palavras-chave, as vezes que se repetiu determinada palavra ou número, etc....	1	2	3	4	5
14. Estabelecer para o aluno, tarefas de conclusão rápida inserindo, aos poucos, uma maior complexidade e uma maior duração das tarefas que lhe são solicitadas.	1	2	3	4	5

15. Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários (tipo X).	1	2	3	4	5
16. Estimular a criança a usar um relógio para gerir o tempo na execução das tarefas propostas.	1	2	3	4	5
17. Usar o trabalho de grupo de forma adequada explicitando muito bem o papel do aluno, realçando a importância deste para a execução da atividade.	1	2	3	4	5
18. Relacionar a informação nova com a experiência da criança usando exemplos concretos antes de passar ao abstrato;	1	2	3	4	5
ATUAÇÃO NA SALA DE AULA	DT	D	I	C	CT
19. Dispor de um sistema de aprendizagem diário, estruturado e no qual se apresentem tarefas de dificuldade progressiva, breves e adequadas ao ritmo de aprendizagem do aluno.	1	2	3	4	5
20. Combinar atividades propriamente escolares com exercícios para desenvolver a inibição muscular, aprender a relaxar e aumentar a concentração.	1	2	3	4	5
21. Usar recursos e formas de apresentação inovadoras, utilizando uma metodologia de preferência visual, escrevendo por exemplo palavras-chave à medida que expõe determinado assunto.	1	2	3	4	5
22. Repetir várias vezes as diretrizes/instruções dadas à turma e pedir que o aluno as escreva ou repita em voz alta.	1	2	3	4	5
23. Ensinar mnemónicas, quadras, rimas que facilitem a memorização da matéria lecionada.	1	2	3	4	5
24. Fornecer ao aluno antecipadamente um plano com as atividades a serem desenvolvidas na aula seguinte.	1	2	3	4	5
25. Recorrer a exercícios físicos, para que o aluno liberte o excesso de energia, concentrando a sua atenção num objetivo.	1	2	3	4	5
26. Ao longo da aula, dar oportunidades à criança para se movimentar como por exemplo ir ao quadro, afixar um cartaz, etc.	1	2	3	4	5
AVALIAÇÃO DO ALUNO	DT	D	I	C	CT
27. Apresentar um relatório semanal com objetivos específicos do aproveitamento do aluno e o «feedback» como os objetivos foram alcançados.	1	2	3	4	5
28. Permitir instrumentos de avaliação alternativos como a apresentação oral, respostas múltiplas, etc.	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração.

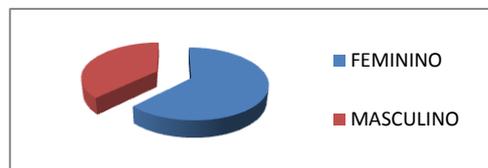
Apêndice C

ANÁLISE DESCRITIVA: Caraterização da amostra

1. GÉNERO:

	Nº	%
FEMININO	5	62,5
MASCULINO	3	37,5
TOTAL	8	100,0

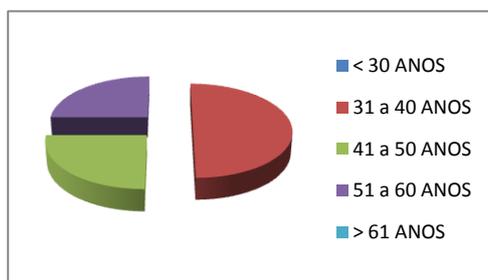
Tabela 1 – Género da amostra



2. IDADE

	Nº	%
< 30 ANOS	0	0,0
31 a 40 ANOS	4	50,0
41 a 50 ANOS	2	25,0
51 a 60 ANOS	2	25,0
> 61 ANOS	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 2 – Idade da amostra



3. HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS:

	Nº	%
BACHARELATO	0	0,0
LICENCIATURA	5	62,5
PÓS-GRADUAÇÃO	3	37,5
MESTRADO	0	0,0
DOUTORAMENTO	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 3 – Habilitações profissionais da amostra

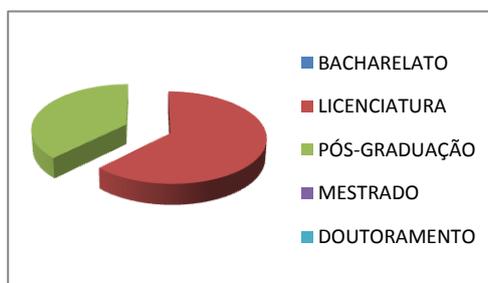


Gráfico 3 – Habilitações profissionais da amostra

4. TEMPO DE SERVIÇO:

	Nº	%
ATÉ 5 ANOS	0	0,0
6 A 10 ANOS	2	25,0
11 A 20 ANOS	2	25,0
20 A 30 ANOS	4	50,0
MAIS DE 30 ANOS	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 4 – Tempo de serviço da amostra

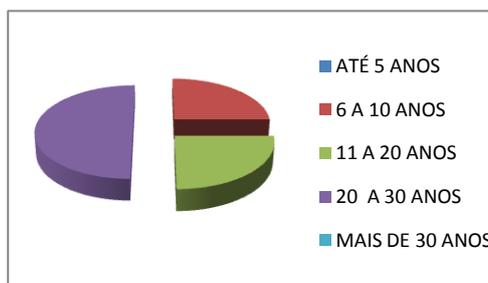


Gráfico 4 - Tempo de serviço da amostra

5. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

	Nº	%
PROFESSOR ESTAGIÁRIO	0	0,0
PROFESSOR CONTRATADO	3	37,5
PROFESSOR DO QZP	2	25,0
PROFESSOR DO QE	3	37,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 5 – Situação profissional da amostra

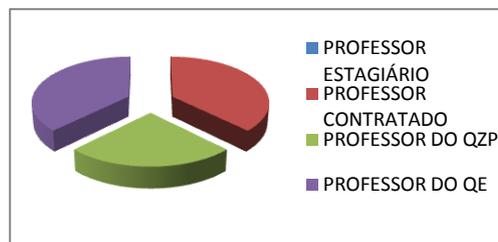


Gráfico 5 – Situação profissional da amostra

6. POSSUI FORMAÇÃO ESPECIALIZADA OU FREQUENTOU AÇÕES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA ACREDITADAS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL:

	Nº	%
SIM	4	50,0
NÃO	4	50,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 6 – Formação especializada da amostra

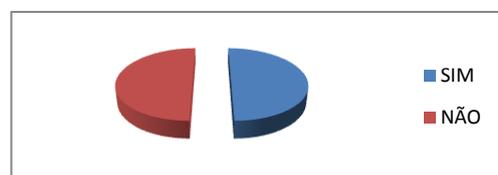


Gráfico 6 – Formação especializada da amostra

7. OS ALUNOS COM HPDA DEVEM SER INCLUÍDOS EM TURMAS REGULARES:

	Nº	%
SIM	4	50,0
NÃO	4	50,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 7 – Opinião sobre a inclusão

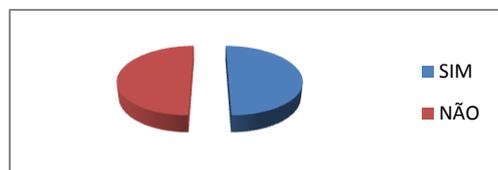


Gráfico 7 – Opinião sobre a inclusão

8. O ALUNO COM PHDA É BEM-SUCEDIDO NA DISCIPLINA QUE LECIONA:

	Nº	%
SIM	5	62,5
NÃO	3	37,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 8 – Sucesso do aluno com PHDA

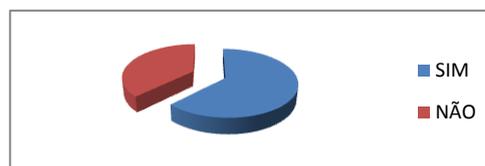


Gráfico 8 – Sucesso do aluno com PHDA

Apêndice D

ANÁLISE DESCRITIVA: Estratégias utilizadas pelos professores

1. Prestar atenção aos comportamentos adequados da criança (como permanecer sentado, realizar as tarefas propostas), ignorando as condutas inadequadas e perturbadoras.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	1	12,5
DISCORDO	3	37,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	1	12,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 9 – Estratégia 1

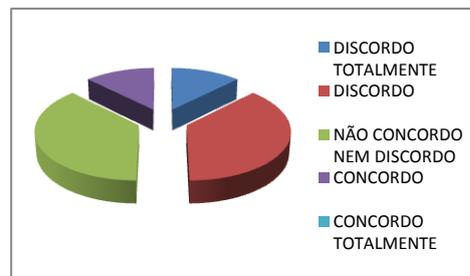


Gráfico 9 – Estratégia 1

2. Mostrar-se firme e seguro quando é necessário cumprir as regras e normas escolares, evitando as ameaças, os castigos e as repreensões, caso a criança não cumpra.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	3	37,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	1	12,5
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 10 – Estratégia 2

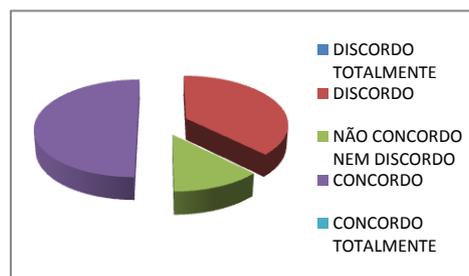


Gráfico 10 – Estratégia 2

3. Organizar a disposição da sala de aula de forma a facilitar o contacto com o aluno, sentando-o na carteira que fica mais próxima do professor.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	1	12,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	5	62,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 11 – Estratégia 3

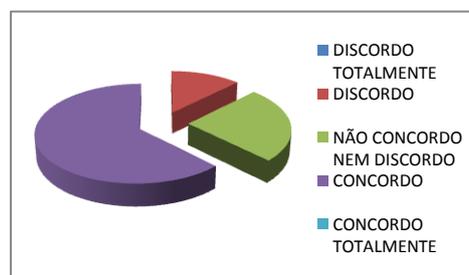


Gráfico 11 – Estratégia 3

4. Sentar a criança numa área com poucas distrações, próximo do professor, mantendo a área de trabalho livre de materiais desnecessários para a aula.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	2	25,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	4	50,0
CONCORDO	2	25,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 12 – Estratégia 4

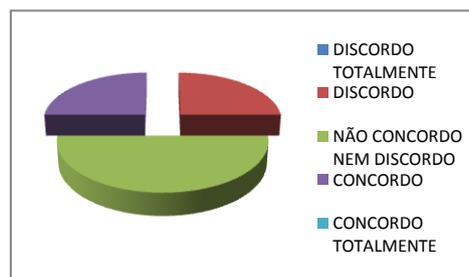


Gráfico 12 – Estratégia 4

5. Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, caso seja necessário.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	5	62,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	1	12,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 13 – Estratégia 5

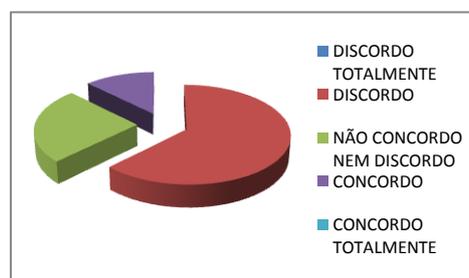


Gráfico 13 – Estratégia 5

6. As regras de comportamento dentro da sala de aula devem aparecer escritas numa tabela visível simples, que deverá ser afixada na sala.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	1	12,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 14 – Estratégia 6

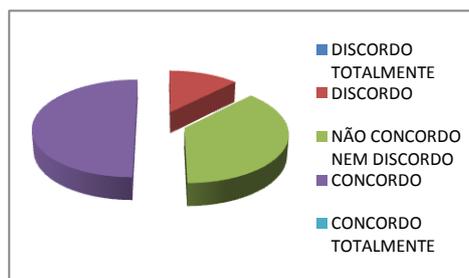


Gráfico 14 – Estratégia 6

7. Utilizar a caderneta do aluno para contactar com o encarregado de educação/pais sempre que o aluno tenha comportamentos desajustados ao bom funcionamento da sala de aula ou não cumpra as tarefas solicitadas.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	0	0,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	3	37,5
CONCORDO TOTALMENTE	3	37,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 15 – Estratégia 7

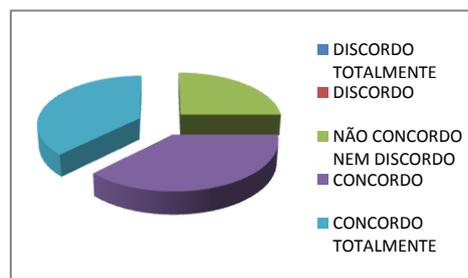


Gráfico 15 – Estratégia 7

8. Utilizar sistemas de pontos, fichas e outras recompensas para controlar o comportamento inadequado do aluno ou quando este atinge um objetivo previamente definido.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	2	25,0
DISCORDO	3	37,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	0	0,0
CONCORDO	3	37,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 16 – Estratégia 8

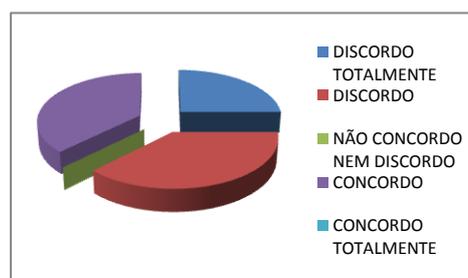


Gráfico 16 – Estratégia 8

9. Aplaudir a criança pelos seus êxitos diários e elogiar outro aluno como modelo de conduta a seguir.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	3	37,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	1	12,5
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 17 – Estratégia 9

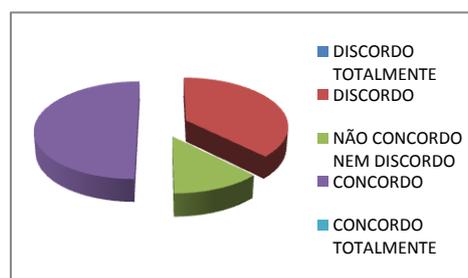


Gráfico 17 – Estratégia 9

10. Determinar à partida com o aluno qual a tarefa a realizar, o prazo para a sua conclusão e qual a recompensa pela sua realização no tempo estipulado.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	0	0,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	5	62,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 18 – Estratégia 10

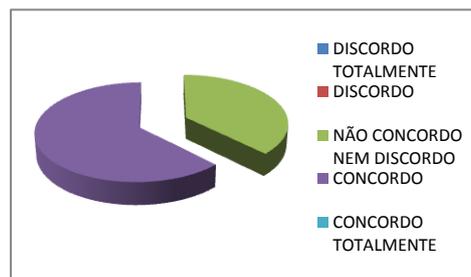


Gráfico 18 – Estratégia 10

11. Elogiar o aluno quando este está a desenvolver determinada tarefa e não apenas quando ele a termina.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	2	25,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	1	12,5
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	1	12,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 19 – Estratégia 11

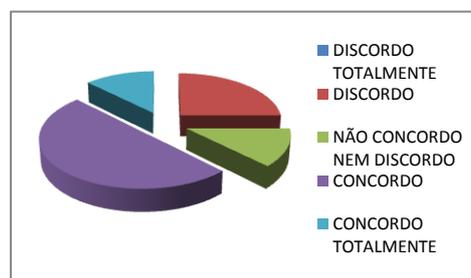


Gráfico 19 – Estratégia 11

12. Propor ao aluno a realização de tarefas específicas como, por exemplo, apagar o quadro, ligar/desligar o computador e praticar exercícios para reduzir a tensão, como bater com o lápis ritmicamente, balancear as pernas e elogia-lo por isso.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	0	0,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	1	12,5
CONCORDO	6	75,0
CONCORDO TOTALMENTE	1	12,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 20 – Estratégia 12

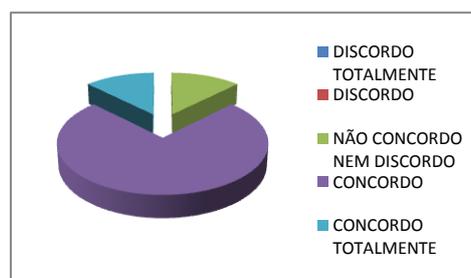


Gráfico 20 – Estratégia 12

13. Fomentar atividades como escutar textos e, depois, pedir ao aluno que resuma o que foi dito, as palavras-chave, as vezes que se repetiu determinada palavra ou número, etc....

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	2	25,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	2	25,0
CONCORDO TOTALMENTE	1	12,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 21 – Estratégia 13

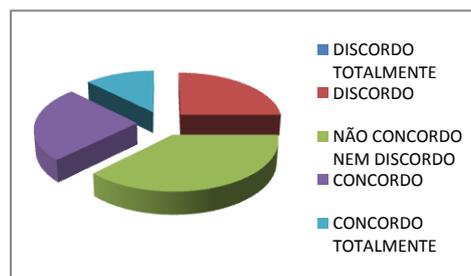


Gráfico 21 – Estratégia 13

14. Estabelecer para o aluno, tarefas de conclusão rápida inserindo, aos poucos, uma maior complexidade e uma maior duração das tarefas que lhe são solicitadas.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	1	12,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 22 – Estratégia 14

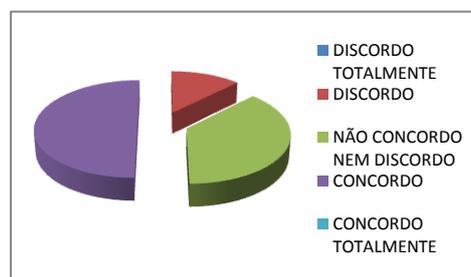


Gráfico 22 – Estratégia 14

15. Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	1	12,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	5	62,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 23 – Estratégia 15

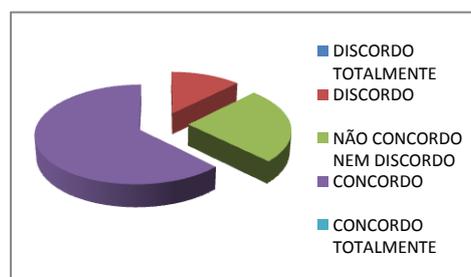


Gráfico 23 – Estratégia 15

16. Estimular a criança a usar um relógio para gerir o tempo na execução das tarefas propostas.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	1	12,5
DISCORDO	5	62,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	0	0,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 24 – Estratégia 16

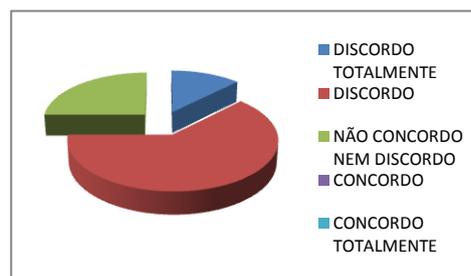


Gráfico 24 – Estratégia 16

17. Usar o trabalho de grupo de forma adequada explicitando muito bem o papel do aluno, realçando a importância deste para a execução da atividade.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	0	0,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	2	25,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 25 – Estratégia 17

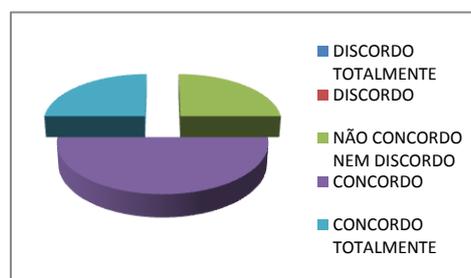


Gráfico 25 – Estratégia 17

18. Relacionar a informação nova com a experiência da criança usando exemplos concretos antes de passar ao abstrato.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	1	12,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 26 – Estratégia 18

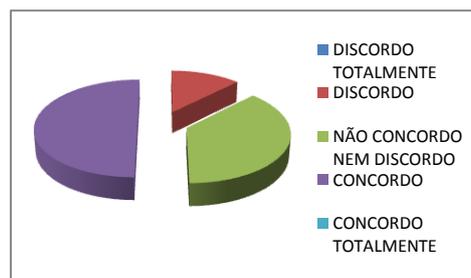


Gráfico 26 – Estratégia 18

19. Dispor de um sistema de aprendizagem diário, estruturado e no qual se apresentem tarefas de dificuldade progressiva, breves e adequadas ao ritmo de aprendizagem do aluno.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	1	12,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	5	62,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 27 – Estratégia 19

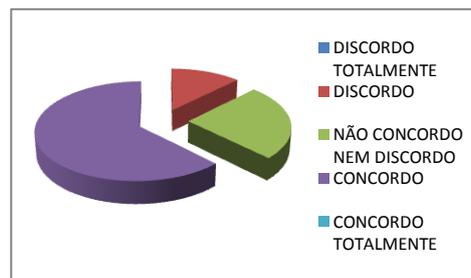


Gráfico 27 – Estratégia 19

20. Combinar atividades propriamente escolares com exercícios para desenvolver a inibição muscular, aprender a relaxar e aumentar a concentração.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	2	25,0
DISCORDO	2	25,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	1	12,5
CONCORDO TOTALMENTE	1	12,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 28 – Estratégia 20

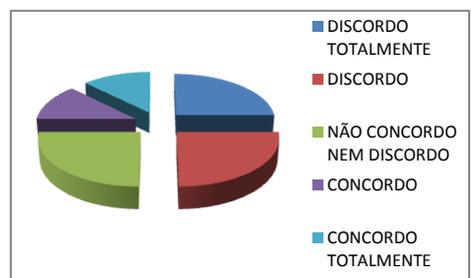


Gráfico 28 – Estratégia 20

21. Usar recursos e formas de apresentação inovadoras, utilizando uma metodologia de preferência visual, escrevendo por exemplo palavras-chave à medida que expõe determinado assunto.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	0	0,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	1	12,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 29 – Estratégia 21

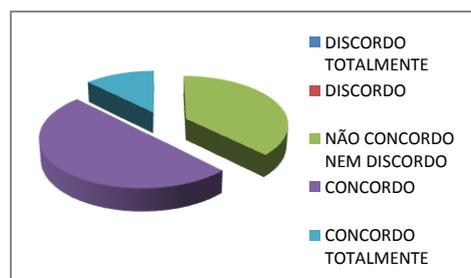


Gráfico 29 – Estratégia 21

22. Repetir várias vezes as diretrizes/instruções dadas à turma e pedir que o aluno as escreva ou repita em voz alta.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	2	25,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	4	50,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 30 – Estratégia 22

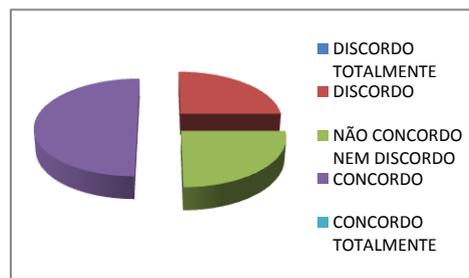


Gráfico 30 – Estratégia 22

23. Ensinar mnemónicas, rimas que facilitem a memorização da matéria lecionada.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	1	12,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	2	25,0
CONCORDO TOTALMENTE	2	25,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 31 – Estratégia 23

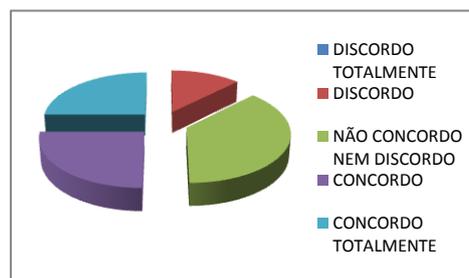


Gráfico 31 – Estratégia 23

24. Fornecer ao aluno antecipadamente um plano com as atividades a serem desenvolvidas na aula seguinte.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	3	37,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	3	37,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 32 – Estratégia 24

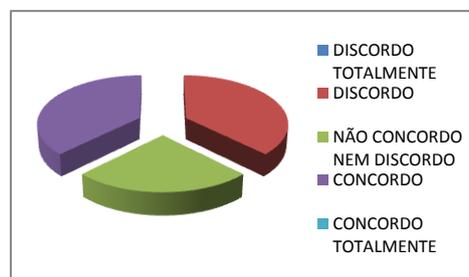


Gráfico 32 – Estratégia 24

25. Recorrer a exercícios físicos, para que o aluno liberte o excesso de energia, concentrando a sua atenção num objetivo.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	2	25,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	2	25,0
CONCORDO TOTALMENTE	1	12,5
TOTAL	8	100,0

Tabela 33 – Estratégia 25

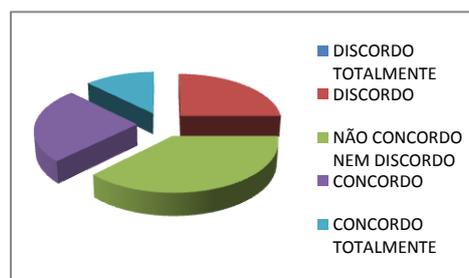


Gráfico 33 – Estratégia 25

26. Ao longo da aula, dar oportunidades à criança para se movimentar como por exemplo ir ao quadro, afixar um cartaz, etc.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	1	12,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	2	25,0
CONCORDO	5	62,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 34 – Estratégia 26

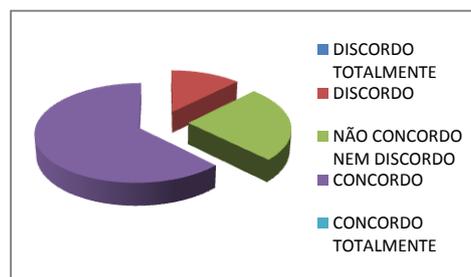


Gráfico 34 – Estratégia 26

27. Apresentar um relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e aproveitamento do aluno e o «feedback» como os objetivos foram alcançados.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	1	12,5
DISCORDO	4	50,0
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	3	37,5
CONCORDO	0	0,0
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 35 – Estratégia 27

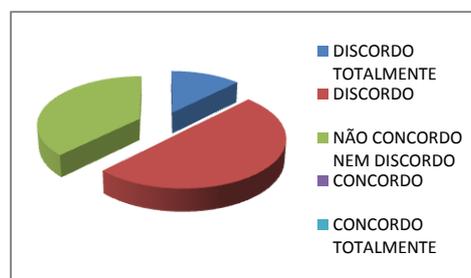


Gráfico 35 – Estratégia 27

28. Permitir instrumentos de avaliação alternativos como a apresentação oral, respostas múltiplas, etc.

	Nº	%
DISCORDO TOTALMENTE	0	0,0
DISCORDO	3	37,5
NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	0	0,0
CONCORDO	5	62,5
CONCORDO TOTALMENTE	0	0,0
TOTAL	8	100,0

Tabela 36 – Estratégia 28

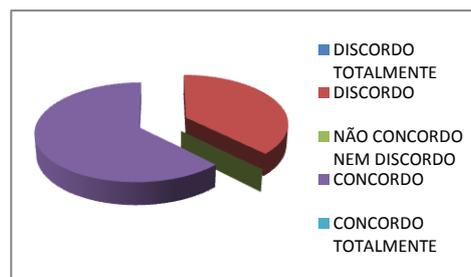


Gráfico 36 – Estratégia 28

Apêndice E

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO DE AULA

1ª PARTE

Professor: -----	Disciplina: -----
Ano: 5º ano	N.º de alunos presentes: -----
Turma: Turma X	Duração da aula: 50 minutos

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM SALA DE AULA			
Estratégias	Sim	Não	Observações
Estratégia 1: Prestar atenção aos comportamentos adequados da criança (como permanecer sentado, realizar as tarefas propostas), ignorando as condutas inadequadas e perturbadoras”			
Estratégia 3: “Organizar a disposição da sala de aula de forma a facilitar o contacto com o aluno, sentando-o na carteira que fica mais próxima do professor.”			
Estratégia 11: “Elogiar o aluno quando este está a desenvolver determinada tarefa e não apenas quando ele a termina			
Estratégia 15: “Na elaboração de fichas, propor atividades que exijam que o aluno seja criativo (explorar, construir, criar) em detrimento das atividades com questionários (tipo X)”			
Estratégia 17: “Usar o trabalho de grupo de forma adequada explicitando muito bem o papel do aluno, realçando a importância deste para a execução da atividade”			
Estratégia 20: “Combinar atividades propriamente escolares com exercícios para desenvolver a inibição muscular, aprender a relaxar e aumentar a concentração”			
Estratégia 23: “Ensinar mnemónicas, quadras, rimas			

que facilitem a memorização da matéria lecionada”			
Estratégia 24: “Fornecer ao aluno antecipadamente um plano com as atividades a serem desenvolvidas na aula seguinte”			

2ª PARTE

Observações	
<i>Identificação dos aspetos mais positivos – pontos fortes – e os menos conseguidos – pontos fracos.</i>	
Pontos fortes	Pontos fracos