



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - PÓLO DE VISEU

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

***Perceção dos Encarregados de Educação, de uma Escola do 1.º
Ciclo do Ensino Básico, do Concelho de Sintra, relativamente à
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção***

Estudo Exploratório

Docente Orientadora: Professora Doutora Célia Ribeiro

Docente Co – Orientadora: Professora Doutora Sofia Campos

Mestrando: Nelson David Ferreira Santos

abril, 2012

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - PÓLO DE VISEU

***Perceção dos Encarregados de Educação, de uma Escola do 1.º
Ciclo do Ensino Básico, do Concelho de Sintra, relativamente à
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção***

Estudo Exploratório

Docente Orientadora: Professora Doutora Célia Ribeiro

Docente Co – Orientadora: Professora Doutora Sofia Campos

Mestrando: Nelson David Ferreira Santos

abril, 2012

Agradecimentos

À Professora Doutora Célia Ribeiro, minha orientadora, e Professora Doutora Sofia Campos, minha coorientadora tenho a agradecer toda a motivação, sugestões e críticas essenciais para concretizar este trabalho. Agradeço ainda a disponibilidade, o interesse e a simpatia com que sempre me receberam e que tanto me ajudaram a não desistir deste projeto e levá-lo até ao fim. Agradeço a todos os professores de mestrado pela motivação e transmissão de conhecimentos que se revelaram essenciais para a realização desta investigação.

À Escola que participou neste estudo, agradeço a possibilidade e oportunidade de aplicar as entrevistas. Agradeço especialmente às famílias o tempo que dispensaram na colaboração deste estudo. Sem eles, não seria possível a realização desta investigação.

Aos meus amigos, colegas de trabalho e de turma, obrigada pelo carinho, amizade, pelos conselhos e muita força que sempre demonstraram para não esquecer este projeto.

À minha família, o meu pilar, força e inspiração, agradeço o apoio, amizade, e sobretudo compreensão das minhas ausências ao longo destes últimos meses. Em especial aos meus pais agradeço tudo o que sou hoje. Obrigado pela amizade e compreensão com que sempre pude contar. Agradeço ainda pelos grandes exemplos de vida que sempre me deram e que me inspiraram a lutar como sempre os vi lutar.

A Todos os amigos e familiares que partiram, obrigado por iluminarem a minha vida!

A Todos:

O meu muito obrigado,
Por vocês, tudo valeu a pena!

Resumo

Muitas são as afirmações, frequentemente proferidas com alguma leveza, que atualmente levam a uma banalização do termo *hiperatividade*. Tudo isto resultou numa vulgarização no diagnóstico desta perturbação, o que faz com que qualquer criança que apresente modificações a nível comportamental possa ser, desde logo, identificada como uma criança *hiperativa*, sem muitas vezes se tentar compreender quais as circunstâncias ou as variáveis que podem justificar tais comportamentos.

Com este trabalho pretendemos compreender como é percebida esta perturbação por famílias de crianças com PHDA, a frequentar o 1º ciclo do ensino básico português. A metodologia deste trabalho é de índole qualitativa. Para a sua concretização prática, recorreremos à entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados, posteriormente apresentados e discutidos.

Ao longo da nossa investigação, verificámos que a dinâmica familiar é afetada, surgindo mais preocupações no seio familiar. Concluímos que no momento do diagnóstico, os pais preocupam-se e sentem-se culpados. Estes pais, diariamente, questionam-se sobre a sua responsabilidade, perguntam-se a si próprios onde é que erraram, o que fizeram para merecer isto. Ao questionarmos os encarregados de educação sobre o que os preocupa atualmente constatamos que a preocupação com a escola e com todo o processo de ensino/aprendizagem. É a maior preocupação porque o tempo de aprendizagem do seu filho é distinto do tempo de aprendizagem da criança dita “normal”. Existem ainda preocupações com a forma como se irá integrar, a socialização com os adultos e com os seus pares, porque não será tratada da forma que é tratada em casa, pois os seus colegas poderão discriminá-la e não se interessar por ela.

Quando questionamos os pais sobre as suas perspetivas/ preocupações futuras, verificamos que as preocupações estão mais relacionadas com o processo ensino/aprendizagem. Quanto questionámos os encarregados de educação sobre a pertinência de reuniões e discussões, com encarregados de educação de outras crianças com a mesma problemática, a maioria dos encarregados de educação considerou pertinente a realização das mesmas. Desta discussão, sobressai a importância de formação de pais para melhorar a comunicação e a intervenção junto destas crianças.

Palavras-chave: PHDA, Família e Família de crianças com PHDA

Abstract

Many claims are often made with some levity, which currently lead to a trivialization of the term hyperactivity. All this resulted in popularizing this disorder diagnosis, which causes children with behavioural modifications are immediately identified as hyperactive child, often without trying to understand what factors or variables behind such behaviours.

With this work we intend to understand how this disturbs perceived by families of children with ADHD attending the 1st stage of basic Portuguese Education. The methodology of this study is qualitative in nature. For its practical implementation, we used the structured interview as a tool for data collection, presented and discussed later.

During our investigation we found that family dynamics are affected, emerging more concerns within the family. We conclude that at the time of the diagnosis, the parents showed guilty and worry. These parents question themselves daily about their responsibilities, they ask themselves where they went wrong, and what did they do to deserve this. By questioning the parents about what worries them now, we found that their concern is about the school and the whole process of teaching/learning. The teaching/learning process is the major concern because the time of your child's learning is distinct from learning time of the "normal" child. There are still concerns about how they will integrate, socialize with adults and with peers, because they will not be treated the way they are treated at home, because their colleagues can discriminate and may not be interested in her.

When we ask parents about their future perspectives/concerns, their concerns are more related to the teaching / learning process. When we questioned the caregivers about the relevance of meetings and discussions, with other children guardians with the same problem, most of the caregivers considered appropriate to conduct them. In this discussion, stands the importance of parents education to improve communication and intervention with these children.

Keywords

ADHD, Family and Family of children's with ADHD

Lista de abreviaturas

APA - Associação Americana de Psiquiatria

APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CEE - Comunidade Económica Europeia

CERCIS - Cooperativas para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

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

DA - Dificuldades de Aprendizagem

DEB - Direção-Geral do Ensino Básico

DEE - Divisões do Ensino Especial

DGES - Direção Geral dos Ensinos Básico e Secundário

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais

E.U.A.- Estados Unidos da América

EE – Encarregado de Educação

LBSE - Lei de Bases do Sistema Educativo

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OMS - Organização Mundial de Saúde

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

U.A.E. - Unidades de Apoio Específico

U.A.E.A.S. - Unidades de Apoio Específico a Alunos Surdos

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 4 |
| Parte I – Enquadramento Teórico e Sociopolítico Legal..... | 7 |
| Capítulo I - Enquadramento Legislativo e Políticas de Educação Especial | 8 |
| 1.1 – Contextualização Histórica e Ideológica da Educação Especial..... | 8 |
| 1.2 – Enquadramento Legal e Normativo – Constitucional da Educação Especial de âmbito Internacional e Europeu | 14 |
| 1.3 – Políticas e Práticas de Escola Inclusiva em Portugal..... | 18 |
| 1.4 – Necessidades Educativas Especiais: da identificação à intervenção | 23 |
| 1.5 – Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro | 26 |
| Capítulo II – Em torno do Conceito de PHDA..... | 28 |
| 2.1 - Perspetiva Histórica de Definição do Conceito de PHDA | 28 |
| 2.2 - Etiologia..... | 34 |
| 2.3 - Incidência da PHDA | 37 |
| 2.4 - Características da PHDA | 38 |
| 2.5 - Perspetiva Atual de Definição do Conceito de PHDA | 41 |
| 2.6 - Características que podem surgirem associadas à PHDA | 45 |
| 2.7 - PHDA e Comorbilidades Psiquiátricas..... | 46 |
| Capítulo III – O Sistema Família..... | 62 |
| 3.1. O Conceito de Família | 62 |
| 3.2 A Família de Crianças com Necessidades Educativas Especiais..... | 66 |
| 3.3. A família de crianças com NEE e a Formação Parental | 76 |
| 3.4. Formação Parental em Famílias de alunos com PHDA | 81 |
| Parte II – Investigação Empírica | 83 |
| Capítulo IV – Metodologia..... | 84 |
| 4.1. Problemática e Definição dos Objetivos do Estudo..... | 84 |
| 4.2. Tipo de Investigação | 85 |

| | |
|---|-----|
| 4.3. Amostra..... | 88 |
| 4.3.1 – Caracterização Meio Envolvente | 88 |
| 4.3.2 Caracterização dos Encarregados de Educação | 89 |
| 4.4. Instrumento de Recolha de Dados | 91 |
| 4.5 Procedimentos..... | 96 |
| CAPÍTULO V – Apresentação e Discussão dos Dados | 102 |
| 5.1. Apresentação dos Dados | 103 |
| 5.2. Discussão dos Resultados | 112 |
| Conclusão | 120 |
| Referências Bibliográficas..... | 125 |
| Referências Normativas..... | 139 |
| Anexos | 141 |

Índice de Quadros

| | |
|---|-----|
| Quadro 1: Reações das Famílias às Necessidades Educativas Especiais das suas Crianças, conforme vários autores..... | 69 |
| Quadro 2: Quadro sobre o Ciclo de vida da família com uma criança com NEE, adaptado por Correia (1999, p. 151) de Turnbull, Summers e Brotherson (1986)..... | 70 |
| Quadro 3: Caraterização Encarregados de Educação | 90 |
| Quadro 4: Modelização das três componentes do modelo interativo da análise dos dados, segundo Miles e Huberman (1984, p. 24 retirado de Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008, p. 108) | 98 |
| Quadro 5: Arquitetura do guião da entrevista | 100 |
| Quadro 6: Entendimento relativamente à PHDA | 104 |
| Quadro 7: Alterações à dinâmica familiar | 105 |
| Quadro 8: Preocupações no momento do diagnóstico..... | 106 |
| Quadro 9: Preocupações atuais..... | 107 |
| Quadro 10: Preocupações com o futuro | 109 |
| Quadro 11: Pertinência de reuniões com outros encarregados de educação | 110 |
| Quadro 12: Assuntos que gostaria de abordar com outras famílias | 110 |

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é a designação diagnóstica atual para uma problemática que é reconhecida e estudada há mais de um século. Ao longo do tempo, foi designada por disfunção mínima cerebral (Silver, 1990, cit. por Lopes, 2004), "Reação Hiperkinética da Infância (DSM II, 1968, cit. por Barkley, 2006, p. 9) e distúrbio de défice de atenção com e sem hiperatividade (Fonseca, 1998). Esta perturbação afeta crianças, jovens e adultos e é caracterizada por problemas de atenção, impulsividade e hiperatividade.

Falar desta perturbação é, atualmente, um assunto habitual, envolto em muito polémica. Essas polémicas surgem em variados níveis, sendo a intervenção uma das mais reiteradas. As questões são muitas, por parte da família, dos professores e dos profissionais de saúde.

Ao contrário do que se possa pensar esta problemática não tem cura. A PHDA, não deve ser encarada como uma doença ou patologia, mas sim como uma perturbação do desenvolvimento, uma forma extrema de traços humanos normais, onde a diferença é de grau e não de qualidade (tal como para a inteligência, a altura ou o peso) (Shelton & Barkley, 1995). A intervenção é o principal objetivo da avaliação e do diagnóstico devendo representar uma responsabilidade acrescida para todos nós.

Apesar de haver investigação que demonstre a eficácia a curto prazo da intervenção farmacológica e das terapias comportamentais, ainda permanecem incertezas sobre os efeitos a longo prazo destas intervenções realizadas de forma isolada ou de forma combinada, principalmente devido ao impacto tão alargado dos sintomas desta perturbação na vida de cada indivíduo.

O corpo de literatura científica que documenta a realidade desta perturbação é imenso. Assim, podemos interpretar que a Perturbação de Hiperatividade e de Défice de Atenção se caracteriza 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" (American Psychiatric Association, 2002, p. 85).

São três os subtipos de PHDA (desatento, hiperativo-impulsivo, e o tipo combinado). Para se verificar um diagnóstico de um subtipo ou de outro é necessário

que a pessoa em causa cumpra determinados sintomas específicos, ou seja, "critérios de diagnóstico" (APA, 2002, p. 85).

Em termos práticos, e segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA), diríamos que uma criança/jovem com PHDA manifesta diariamente padrões comportamentais, onde a atividade motora é excessiva e desajustada. São crianças que têm muita dificuldade em permanecer no mesmo lugar, que se agitam constantemente, que mantêm um relacionamento difícil com os pares, não focalizam a atenção e respondem de forma precipitada, entre outras coisas. Importa salientar que estas manifestações não devem ser confundidas com má educação ou faltas de comportamento ocasionais.

Uma criança com PHDA manifesta sinais de desenvolvimento inadequado no que se refere aos domínios da atenção, da impulsividade e da atividade motora.

Ocasionalmente, todos podemos ter dificuldade em manter a atenção ou a controlar o nosso comportamento impulsivo. As dificuldades de atenção, de hiperatividade e impulsividade têm uma distribuição normal na população. Para os indivíduos com PHDA, os problemas são tão universais e persistentes que interferem com as suas vidas, incluindo a casa, a escola, os contextos social e de trabalho.

Como professores do ensino básico temos verificado que os problemas de aprendizagem e de comportamento são umas das principais preocupações para os docentes, pais, psicólogos e todos os agentes da educação. Por estes motivos e porque as famílias e a formação académica, social e pessoal das crianças/jovens com quem trabalhamos são a nossa principal preocupação como docentes e ser humanos, decidimos: ***“Compreender quais as percepções dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA”***.

Consideramos pertinente estudar estas preocupações relativamente a três períodos distintos, o nascimento, a atualidade e o futuro de forma a percebermos as lacunas e as necessidades de informação/formação destes encarregados de educação e podermos contribuir para as tornar cada vez mais pequenas.

Optámos por realizar uma investigação de natureza qualitativa uma vez que através do contato direto com os pais/familiares destas crianças poderíamos obter um maior conhecimento da realidade destas famílias.

De forma a organizarmos o nosso estudo de forma coerente sentimos a necessidade de o dividir em duas partes distintas. A primeira parte designada de Enquadramento Teórico e Sociopolítico Legal é constituída pelo Enquadramento

Legislativo e Políticas da Educação Especial onde pretendemos refletir sobre o Conceito de Educação Especial. No segundo capítulo apresentamos uma revisão da literatura sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção onde pretendemos conhecer as tendências atuais da investigação sobre esta perturbação tendo por base a evolução do conceito ao longo dos tempos, as dimensões essenciais da PHDA, salientando a definição de “consenso” que assenta em “três dimensões”: atenção, agitação motora e impulsividade, a etiologia e a incidência desta perturbação, salientando as diferentes formas de intervenção. Uma vez que é na família que começa a nossa história de vida, e é ela que está em constante interação com a criança e que se dão as primeiras aprendizagens, fizemos um estudo sobre o conceito de família, o ciclo vital, a família do ponto de vista sistémico e os fatores de *stress* na família. Quando analisámos os fatores de *stress*, verificámos que a chegada de um indivíduo “com deficiência” podia ser um momento de *stress* familiar e considerámos pertinente dar início ao subcapítulo: A família de crianças com necessidades educativas especiais. Nesta parte estudámos as reações dos pais quando confrontados com um filho com deficiência, o papel dos pais na intervenção, as preocupações/ necessidades dos pais de crianças diferentes e finalmente averiguámos os fatores de *stress* na família com indivíduo com NEE. Terminamos realizando uma breve abordagem sobre a Formação Parental.

A segunda parte refere-se à investigação empírica, onde serão apresentados dois capítulos: um referente à parte metodológica, e o outro à apresentação e discussão dos dados onde daremos a nossa reflexão final confrontando os dados recolhidos por intermédio de uma entrevista realizada a famílias de crianças com PHDA.

Parte I – Enquadramento Teórico e Sociopolítico Legal

Capítulo I - Enquadramento Legislativo e Políticas de Educação Especial

No presente capítulo temos como objetivo tomar conhecimento sobre o conceito de Educação Especial fazendo uma breve abordagem histórica na Europa e mais especificamente em Portugal.

1.1 – Contextualização Histórica e Ideológica da Educação Especial

A Educação Especial no seu todo e a problemática da deficiência em especial não têm sido analisadas da mesma forma ao longo dos tempos. Segundo Sanches (1997, p. 47), a conceção destes constructos prende-se “com o sistema de ideias e a estrutura social em que estão inseridos”. Desta forma, a história da humanidade caracterizou-se ao longo dos séculos por atitudes diferenciadas em relação ao cidadão com deficiência que passou pela fase de morte e abandono total, pela fase protecionista, colocando-os em asilos e instituições, de emancipação, de integração e só recentemente de inclusão.

Estas atitudes diferenciadas correspondem às mudanças sociais e culturais da própria evolução da história e surgem, segundo Correia (1999), em consequência de grandes mudanças políticas e sociais que de forma lenta mas progressiva foram promovendo e defendendo os direitos fundamentais do Homem. Reconhece-se à criança os mesmos direitos, pertencendo também à escola a tarefa de lhe facultar programas adequados às suas necessidades, potencialidades e expectativas.

Em toda a história da humanidade sempre existiram pessoas com deficiências físicas, mentais, sensoriais congénitas ou adquiridas, em relação às quais a sociedade foi desenvolvendo, primeiramente, estigmas que provocavam medos, superstições, frustrações, exclusões e separações. Estas atitudes tomaram diversas formas que vão desde uma seleção natural nos tempos primitivos, à seleção biológica dos Espartanos que excluía à nascença crianças mal formadas ou “deficientes”. Em Atenas, estas crianças eram abandonadas à sua sorte em montanhas e locais desconhecidos e em Roma atirados aos rios. Com base nos estudos efetuados por Correia (1999), o problema da existência de pessoas com deficiência, inadaptados ao quotidiano, resolvia-se com a sua eliminação na altura do seu nascimento ou durante os primeiros anos de vida. O

infanticídio era uma prática constante, caso se verificassem anormalidades na criança. Durante toda a Idade Média, considerada a Idade das Trevas, (na qual foi aceite uma relação de causalidade da demonologia em relação à anormalidade/deficiência) a Igreja atribuía a causas sobrenaturais as anormalidades de que padeciam as pessoas, considerando-as possuídas pelo demónio, outros espíritos maléficos, submetendo-as a práticas de exorcismo.

De acordo com Correia (1999), durante muito tempo acreditou-se que, excluir estas pessoas, seria a única solução para o problema, onde a exclusão significava a separação e o isolamento das crianças com deficiência na sociedade.

Com o tempo, a sociedade, tomou consciência da necessidade de prestar apoio a pessoas com deficiência, sendo este apoio prestado de uma forma mais assistencialista do que educativa, promovendo apenas cuidados básicos de saúde e alimentação, o que levou à criação dos primeiros hospitais e hospícios de acolhimento. Imperava a ideia da necessidade de proteger a pessoa dita normal, da pessoa com “anormalidades” com base no pressuposto de que esta constituiria um perigo para a sociedade e, ao mesmo tempo, o inverso também acontecia, na medida em que considerava imprescindível proteger a pessoa com deficiência dessa mesma sociedade. Em ambas as concepções separa-se o “deficiente”, segrega-se e discrimina-se.

Ultrapassados estes pré-conceitos, a concepção de educabilidade do potencial do ser humano passou a ser aplicado também à educação das pessoas que apresentavam deficiência. A mudança é evidente, uma vez que a imagem de que o indivíduo com deficiência é um ser ineducável, passa finalmente a dar lugar ao princípio da educabilidade.

Estas alterações conceptuais iniciam-se a partir do surgimento das primeiras experiências positivas como a de Jerónimo Cardan (1501-1576), primeiro homem a conceber a possibilidade da prática educativa a surdos; a do frade Ponce de Léon que foi reconhecido como o implementador do ensino para surdos e o criador do método oral; ou a Juan Pablo Bonet que publicou “*Reduccion de la letras y arte de enseñar a hablar a los mudos*”. Perante isto, podemos constatar que numa dada época houve uma diversificação de técnicas de ensino e aprendizagem para surdos.

De acordo com Mendes (1995), a defesa das possibilidades ilimitadas do indivíduo e a crença de que a educação poderia fazer uma diferença significativa no desenvolvimento e na vida das pessoas, aparecem no movimento filosófico, posterior à Revolução Francesa. Surgem assim novos ideais assentes em três princípios

fundamentais: Liberdade, Igualdade e Fraternidade, que levam ao aparecimento do conceito de Diferente em torno da Emancipação.

Fruto do Renascimento, a Educação Especial, propriamente dita, surge quando se inicia o período da institucionalização, para crianças com deficiência, sofrendo entre os séculos XVII e XIX evoluções significativas resultantes das alterações sociais da época, do avanço da ciência (revolução científica), das novas concepções do Homem relativamente à deficiência, da valorização do trabalhador “deficiente”, passando a educação a ser encarada como algo a que criança com deficiência deveria ter acesso. Este desenvolvimento decorre da influência dos grandes pensadores da época, que se preocuparam sobretudo com os direitos das pessoas e também com técnicas educativas consideradas mais benéficas a adotar com crianças “especiais”. Surgem nomes como Jean Jacques Rousseau que para além da filosofia social e educacional que desenvolveu, foi um grande defensor dos Direitos Humanos, como provam as suas obras: “Os fundamentos das Desigualdades entre os Homens” e o “Contrato Social”. Jacob Rodrigues Pereira foi o pioneiro no ensino de surdos-mudos, tendo criado o alfabeto manual apelando à desmutização, possibilitando deste modo a utilização da linguagem escrita e verbal. Celebrizou-se com o trabalho que fez com um aluno francês (D’Asy D’Etavigny); Abbé L’Epée para além de aperfeiçoar o alfabeto de Jacob Rodrigues Pereira, criou a primeira escola pública para surdos, usando a Língua Gestual e gestos metódicos. Esta escola, rapidamente se converteu no Instituto Nacional de Surdos-mudos; Valentim Haüy (1784) fundou a sociedade dos cegos trabalhadores e a primeira escola de cegos em Paris e por último Jean Itard (1775-1838), notabilizou-se pela experiência pioneira de tentar educar uma criança encontrada nos Bosques de Aveyron, através de estimulações sensoriais e sociais (concepção envolvimentista). Este trabalho é entendido como um dos passos mais notáveis da Educação Especial propriamente dita, tendo este médico passado a ser reconhecido como “Pai da Educação Especial”. Escreveu também um livro com importantes estudos que, posteriormente, foram utilizados na psiquiatria infantil. Outro estudioso importante foi Eduard Seguin (1812-1880), que se dedicou a elaborar um método para a educação de “crianças idiotas” denominado de método fisiológico. Foi o primeiro autor da Educação Especial a fazer referência, nos seus trabalhos, à possibilidade de aplicação desses mesmos métodos no ensino regular, ultrapassando assim o terreno médico e assistencial que impregnava as primeiras realizações.

Durante o século XIX, surge também nos Estados Unidos Thomas Gallaudet, defensor da Língua Gestual e que desenvolveu um método combinado, que pressupunha a utilização da linguagem oral, leitura labial, língua gestual e datilografia. Em 1825, Louis Braille desenvolve o sistema táctil de leitura e escrita para cegos - Método Natural e Universal de Leitura e Escrita para Cegos, ainda hoje utilizado e denominado de Sistema Braille.

Como referimos anteriormente e, de acordo com Simon (1988), o que na verdade aconteceu, durante longos anos, foi que se passou a atender a criança com deficiência em instituições, muitas vezes pouco adequadas e lotadas de todo o tipo de problemas (deficiências mentais, auditivas, dementes, velhos, delinquentes, psicóticos), onde a atenção recaía apenas numa perspectiva assistencialista e não como processo educativo, de desenvolvimento pessoal e reabilitação, isto é, o atendimento do “deficiente” nas diferentes instituições não era mais do que uma forma diferente de com o mesmo gesto social recorrer à partilha, enquanto forma de exclusão.

É no início do século XIX que se criam escolas especiais para cegos e surdos e, só no final do século se inicia o atendimento a deficientes mentais em Instituições criadas para este fim. Esta situação mantém-se até meados do século XX ficando a dever-se, segundo Garcia (1989, cit. por Bautista, 1997), às atitudes negativas que continuavam a persistir para com o “deficiente”. Essas atitudes, nomeadamente o uso e abuso da psicométrica desde do começo do século, o alarme genético que considerava a pessoa com deficiência como um ser perturbador, antissocial e com a sua sexualidade incontrolada, estavam bastante enraizadas nas sociedades, levando conseqüentemente à marginalização e segregação.

Muitos profissionais que prometeram atitudes renovadoras abandonaram o campo da deficiência, as Duas Guerras Mundiais e a Grande Depressão dos anos 30, fizeram paralisar o desenvolvimento dos serviços sociais, ao desviar recursos para outros setores.

Na primeira metade do século XX proliferavam as classes especiais, resultantes da aceitação por parte do ensino público das responsabilidades por algumas crianças com deficiência mas, contudo, ainda numa perspectiva de práticas segregacionistas, na medida em que promoviam a sua “rotulação”. É nesta altura, no entanto, que começa a surgir a figura do Professor da Educação Especial.

Segundo Jiménez (1993), emergem novos rumos na Educação Especial, os conhecimentos ampliam-se com a teoria psicanalítica de Freud, com os testes de Galton,

desenvolve-se a teoria das avaliações de desempenho sensório-motor, aferidoras da capacidade intelectual. A ideia de que a deficiência é resultado de causas orgânicas e inalteráveis é refutada, passando-se a adotar uma atitude psicopedagógica o que levou à organização de espaços adequados a este tipo de crianças. Consideravam-se os espaços fechados como potencialmente restritos para a aprendizagem, pondo em causa a lógica dos Internatos, Centros de Educação Especial e Classes Especiais. Simultaneamente, surge a pedagoga Maria Montessori, que recorre a uma pedagogia inovadora, relacionada com a normalização (consiste em harmonizar a interação de forças corporais e espirituais, corpo, inteligência e vontade). Este método tem como objetivo a educação da vontade e da atenção, com qual a criança tem liberdade na escolha do material a ser utilizado, além de proporcionar a cooperação. Os seus princípios fundamentais são a atividade, a individualidade e a liberdade, enfatizando os aspetos psicopedagógicos e auto avaliativos, pois, considerando que a vida é desenvolvimento, achava que era função da educação favorecer esse desenvolvimento. Os estímulos externos formariam o espírito da criança, precisando portanto ser determinados.

Nesta linha de pensamento surge Decroly, que preconiza teorias com fundamento psicológico e sociológico. Podemos resumir os critérios da sua metodologia no interesse e na autoavaliação. Promove o trabalho em equipa mas, mantendo a individualidade do ensino, com o fim de preparar o educando para a vida.

Estas teorias vêm, de alguma forma, desvalorizar os modelos clínicos de atendimento às crianças com deficiência e dar outro significado ao envolvimento educacional.

Em antagonismo às teorias com fundamentos pedagógicos, surgem nomes como Binet e Simon, seguidores de práticas psicométricas, a partir das quais se verificou a função de exclusão das escolas, daqueles que se atrasavam no ritmo de aprendizagem. A partir da aplicação de testes de medição que definiam a escolha dos alunos que viriam a constituir posteriormente as classes de aperfeiçoamento, intensifica-se a segregação e que, de acordo com Niza (1996), as incapacidades que o aluno apresentava era motivo para que ocorresse a exclusão. Estes testes determinavam o atraso mental das crianças não escolarizadas, preconizando a evolução do conceito de Idade Mental (QI) e consequentemente a criação de escolas especiais.

As escolas especiais multiplicam-se e diferenciam-se em função das diferentes etiologias: cegos, surdos, deficientes mentais, paralisias cerebrais, espinhas bífidas, dificuldades de aprendizagem, entre outras. Estes centros de educação especial e classes

especiais, separados das escolas regulares, com os seus programas especiais, técnicos e especialistas, constituíram e constituem um subsistema de educação especial diferenciado, dentro do sistema educativo geral.

A segregação mantém-se durante algum tempo. As duas Guerras Mundiais proporcionaram um salto qualificativo através das erupções sociais que vêm trazer evoluções e desenvolvimento, onde assenta o pendor humanista que contribuiu para a evolução em toda a metade do século, até aos anos 60. Com o pós-guerra começam-se a recolher dados através do estudo da Neurologia e da Patologia do Cérebro. Deste modo, o estudo científico da deficiência passa a ser entendido como uma necessidade social.

Consagra-se pela Europa e de forma cada vez mais intensa, o princípio da integração (direito de todos participarem num ensino normal e beneficiarem aí, de todas as modificações essenciais). O princípio da Integração baseia-se no da normalização e, na opinião de Bautista (1997), todas as estratégias educativas devem-se basear no respeito pela individualidade de cada aluno o que implica ajustar o atendimento educativo às características e particularidades de cada aluno. Deste modo, com a integração, pretende-se uma valorização das diferenças humanas o que não significa eliminar as diferenças mas antes aceitá-las, desenvolvendo ao máximo as suas capacidades, pondo ao alcance de todos as mesmas igualdades, benefícios e oportunidades de vida normal.

Os professores do ensino obrigatório cedo tinham adotado a ideia de que todos deviam ser ensinados como se fossem um só, acreditando numa escola popular, com turmas homogéneas. É então, que se começa a verificar a necessidade de uma pedagogia diferenciada, com a educação especial institucionalizada.

Sob a inspiração da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, elaborada já em 1789, e a necessidade de dar respostas às reivindicações que ao longo dos séculos XIX e XX se fizeram sentir em prol das liberdades, incluindo a liberdade dos povos, foi alargado o campo dos direitos humanos definindo os seus direitos económicos e sociais. Compreender e aceitar uma pessoa com Necessidades Educativas Especiais (NEE) significa primeiro de tudo, compreendê-la como pessoa.

1.2 – Enquadramento Legal e Normativo – Constitucional da Educação Especial de âmbito Internacional e Europeu

A Educação Especial nasce em Portugal, na segunda metade do século XIX, à semelhança de muitos países europeus com princípios de institucionalização semelhantes. Estes princípios assentavam na ideologia de proteger as crianças da sociedade, assim como proteger esta das crianças e da problemática que elas constituíam.

Inicia-se uma época de institucionalização em asilos, que visavam a proteção e o acolhimento em institutos que pressupunham já a existência de educação. Estes institutos funcionavam em regime de internato ou semi-internato. Segundo Bautista e Jiménez (1997), a primeira época de educação para deficientes reporta-se ao tempo dos Asilos e dos meninos que ninguém via.

Recuando no tempo, por iniciativa de José Rego, foi criado, ainda no reinado de D. João VI, o Instituto de Surdos-Mudos e Cegos, sob a direção do Sueco Aron Borg. Por volta de 1860, este Instituto passa a acolher somente crianças surdas e, mais tarde, passou para a tutela da Casa Pia de Lisboa.

Em Portugal, é com a Implantação da República a 5 de Outubro de 1910, que o Sistema Educativo sofre algumas alterações instituindo a escolaridade obrigatória às crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos.

Em 1916 é criado um instituto designado por Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa, dirigido pelo Dr. António Aurélio da Costa Ferreira que, na qualidade de Provedor da mesma, organizou o Curso de Especialização de Professores Surdos. Como é referido por Fontes (1963, p. 10), “a lei que rege o instituto atribui-lhe três funções fundamentais: funcionar como Dispensário de Higiene Mental; preparar técnicos para os serviços existentes e a criar; servir o Centro Orientador e Propaganda Técnica dos problemas de saúde mental e infantil em todo o país”. Mais tarde, este Instituto perfilhou o nome do seu fundador – Instituto António Aurélio da Costa Ferreira (IAACF), criado através do Decreto-Lei nº 31 801/41, de 26 de dezembro, destinado à observação e ensino de crianças com deficiência mental e perturbações de linguagem, na dependência do Ministério de Instrução. Esta Instituição desenvolveu funções de índole variada: segundo Bénard da Costa (1981, p. 310), funcionou como escola para “defeituosos da fala e anormais suficientemente educáveis” e viria a orientar classes de aperfeiçoamento junto de classes destinadas ao atendimento de crianças com

dificuldades de aprendizagem, constituindo uma das primeiras experiências de integração. Também, em 1941, criou o primeiro curso de preparação de professores de crianças anormais sob a tutela do Ministério da Instrução. Em 1945, já sob a direção do Professor Victor Fontes, criou as “classes especiais” alargadas a todo o país, para alunos com dificuldades de aprendizagem, junto de escolas primárias, competindo ao I.A.A.C.F., a orientação das mesmas e a formação dos professores que as ministravam.

Na segunda metade do século XX, dá-se o intenso desenvolvimento da Educação Especial, através da construção de diversas respostas e medidas educativas, de técnicas psicométricas e do modelo de diagnóstico.

Nesta época, a Educação Especial passa a pertencer ao Sistema Geral de Ensino, cabendo ao Estado, através do Ministério dos Assuntos Sociais, dirigir a criação de estruturas de Ensino Especial, por cada tipo de deficiência.

As Instituições e Associações fundadas durante os anos 60, emergiram da preocupação dos pais em encontrarem respostas adequadas à problemática dos seus filhos, visto que o Estado não facultava essas respostas. Este empenho, acaba por criar dois sistemas de ensino paralelos: a educação especial e o ensino “normal”.

Na década de 60 só os alunos com deficiências sensoriais eram integrados no ensino “normal”, desde que acompanhassem os programas instruídos, ou seja, os currículos e os programas não se adequavam aos alunos, tendo eles que se adaptar aos mesmos. O acompanhamento prestado a estas crianças era feito em regime de sala de apoio por professores de Educação Especial, assim como o apoio ao professor da classe regular.

De acordo com o documento da Direção Geral dos Ensinos Básico e Secundário (1992), foi devido à pressão de pais que se recusaram a admitir que a educação dos seus filhos implicasse necessariamente, o seu afastamento de casa para frequentarem uma escola especial (muitas vezes distante), que surgiram em meados deste século, as primeiras experiências de educação de alunos com deficiência em classes regulares.

O conceito de normalização começa a generalizar-se na década de 70 e, como consequência, verifica-se no meio educativo a substituição das práticas segregadoras por práticas e experiências integradoras. Assim, nos anos 70, ocorre uma mudança de paradigmas, entre os quais surge o princípio da educabilidade para todos. O ensino passa a ser universal e gratuito e destinado às necessidades das crianças, proporcionando o máximo desenvolvimento das suas capacidades num meio o menos restritivo possível: passa a haver a valorização da infância e começa a verificar-se a

passagem de uma escola meramente instrutiva, para uma escola com funções educativas.

É só a partir de 1973, aliadas às transformações surgidas após o 25 de Abril de 1974 e à Constituição da República redigida em 1976, que começam a aparecer algumas linhas orientadoras e documentos legais, relativos à Educação Especial em Portugal e à possibilidade de atendimento diferenciado junto das crianças com deficiência.

Nesta época ou fase da história do Ensino Especial, começa a verificar-se uma maior responsabilização por parte do Ministério da Educação, criam-se as Divisões do Ensino Especial (DEE) que começaram a intervir numa perspetiva de integração e foi publicada legislação referente à criação e organização de Divisão de Ensino Especial (DEE), na Direção-Geral do Ensino Básico (DEB) e de uma Divisão de Ensino Especial e Profissional, na Direção Geral de Ensino Secundário (DGES) (Lopes, 1997).

A emergência dos movimentos sociais a favor do “deficiente” surge em Portugal devido à inversão de valores perante a educação de uma sociedade global, influenciada pelas ideologias fortemente marcadas noutros países e também pelas alterações políticas provocadas pela Revolução de 25 de Abril de 1974. A revolução marca um período de forte democratização, liberdade, de alguma expansão das políticas sociais, e ao mesmo tempo, corresponde à fase mais determinante da (re) definição do lugar de Portugal na economia mundial tendo em consideração, sobretudo, a sua inserção na Comunidade Económica Europeia (CEE). As políticas dos novos Governos são, por natureza, humanistas com preocupações em contribuir para a edificação de um Portugal democrático, verificando-se, conseqüentemente, um interesse no aprofundamento da solidariedade entre os Portugueses, na afirmação e realização da pessoa humana e no desenvolvimento da justiça social.

Apesar de todos os esforços efetuados no pós 25 de Abril, no sentido de incluir crianças com NEE nas classes regulares a beneficiarem de uma educação apropriada, até à década de 90, muitas delas tinham efetivamente um atendimento na escola regular, mas permaneciam ainda em grande parte em situações pouco integrativas. Beneficiavam de uma aprendizagem em regime de sala de apoio, acompanhados por professores de Educação Especial, em que o contacto com o ambiente da sala de aula regular e com os seus colegas de turma nem sempre era proporcionado e era pouco aproveitado. Outros continuavam a frequentar os centros implementados e geridos pelo Estado (Centros de Gestão Direta) ou geridos em parceria com Organizações não-governamentais (Centro de Solidariedade Social) representando estes mais de 70% das ofertas. Temos como

exemplo, as associações de pais, APPACDM (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental) e as CERCIS (Cooperativas para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas), cuja principal preocupação era proporcionar às pessoas com deficiência mental e às suas famílias condições que permitissem a liberdade de escolha do projeto de vida pessoal das crianças e a sua integração nas comunidades, condição que pressupunha a existência de estruturas de suporte e de acompanhamento, assim como a presença de recursos técnicos diversificados, qualificados e com forte adequação aos níveis socioculturais das famílias.

É também na década de 70 que começam a surgir várias leis em vários países, como França (1963), Estados Unidos da América (E.U.A.) (1968), Suécia (1968), Inglaterra (1978) e E.U.A. (1975). Duas destas leis, constituíram marcos decisivos, na evolução da Educação Especial na Europa e de certa forma no Mundo Ocidental.

A primeira publicada na América do Norte, foi a Public Law 94-142, de 29 de novembro de 1975, cujo objetivo era garantir que todas as crianças com deficiência tivessem à sua disposição, de forma gratuita, uma educação adequada que enfatizasse a Educação Especial e os serviços relacionados, concebidos para satisfazer as suas necessidades exclusivas, a fim de assegurar que os direitos das crianças “deficientes” e seus pais ou tutores fossem protegidos. Consignava também a ajuda a Estados e municípios de forma a oferecer a todas as crianças com deficiência uma educação apropriada, avaliar e garantir a eficácia dos esforços para as educar.

A segunda surge no Reino Unido, o Warnock Report (1978), que introduz o conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE) desvalorizando as classificações das deficiências e valorizando as necessidades específicas que a pessoa com NEE possa apresentar no seu percurso escolar.

Começava-se também a verificar um incremento dos princípios emanados das Declarações já referidas anteriormente (Declaração dos Direitos da Criança, Declaração Universal dos Direitos Humanos, princípios orientadores da UNESCO) no sentido de reforçar a normalização e implementar uma educação especial que assegurasse a igualdade de acesso à educação e a integração de todos os cidadãos na vida económica e social da comunidade.

O sucesso de algumas experiências, aliadas à crescente consciencialização do direito das pessoas com deficiência participarem plenamente das estruturas e recursos sociais e profissionais, levaram a que os diferentes países introduzissem na respetiva legislação, o direito à educação das crianças com deficiência nas escolas regulares,

sempre que possível. No entanto, o ritmo de difusão destes programas foi desigual nos diferentes países: em alguns substituíram-se quase completamente as escolas especiais existentes, noutros coexistiram com estas escolas, estabelecendo com ela diversas bases de coordenação. Noutros ainda, só agora estão a ensaiar os primeiros passos.

1.3 – Políticas e Práticas de Escola Inclusiva em Portugal

É inquestionável, de facto, que as décadas 70, 80 e 90 constituíram períodos de grandes mudanças políticas, económicas e culturais, cujas consequências foram bem visíveis ao nível da educação. O impacto do 25 de Abril foi importante e as modificações sucederam-se em bom ritmo. No domínio político, social e educacional passam a ser promovidas iniciativas com preocupações extraordinariamente democratizadas.

A Constituição da República Portuguesa, de 1976, estabelece no artigo 71.º, que os “cidadãos com deficiência física ou mental gozam plenamente e plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição (...), competindo ao Estado realizar uma política nacional e de tratamento, reabilitação e a integração dos cidadãos portadores de deficiência (...) e estabelece que o ensino básico será universal, obrigatório e gratuito; todos os cidadãos têm direito ao ensino e ao acesso aos seus graus mais elevados; cada cidadão terá o direito à educação e à cultura com direito à igualdade de oportunidades de acesso e êxito escolar” (artigo 74.º). Este Diploma foi alterado em 3 de setembro de 1997 e pretendeu inserir no seu novo texto algumas medidas e políticas mais alargadas, concretamente no que concerne às minorias, a alínea h) do seu artigo 74.º, que contempla a comunidade dos surdos portugueses, quando estabelece “proteger e valorizar a Língua Gestual Portuguesa, enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação e à igualdade de oportunidades”. Estas determinações exigiram profundas alterações no setor da Educação Especial e levaram à publicação de normativos legais que definiram os princípios e os objetivos orientadores da Educação Especial (Decreto-Lei n.º 174/77 e Lei n.º 66/79, de 4 de outubro). No entanto, verifica-se até meados dos anos 80, que os assuntos relacionados com o ensino especial, permaneciam divididos entre o Ministério dos Assuntos Sociais e o Ministério da Educação.

É a Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo - LBSE, de 1986), que vem definir o sistema educativo como um conjunto de meios destinados a

concretizar o direito à educação. Este direito, segundo a lei, traduz-se na garantia de uma ação formativa que visa favorecer o desenvolvimento global da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade numa igualdade de oportunidades. Esta lei determina o carácter universal, gratuito e obrigatório da escolaridade básica em Portugal e define ainda os objetivos gerais passíveis de formalizar seis finalidades principais estabelecidas: finalidade cultural, socializadora, personalizadora, produtiva, seletiva e igualizadora. Insere no artigo 17.º os objetivos da Educação Especial, visando a recuperação e integração socioeducativa dos indivíduos com NEE, e no seu artigo 18.º refere as diversas modalidades de atendimento, realçando que este apoio deve ocorrer preferencialmente no contexto do ensino regular, assegurando-lhe as condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades afirmando que “as Instituições de Educação Especial são um recurso, (...) só quando comprovadamente o tipo e o grau de deficiência do aluno” o exijam, e “a escolaridade básica para crianças e jovens com deficiência deve ter currículos e programas adaptados às características de cada tipo e grau de deficiência, assim como formas de avaliação adequadas às dificuldades específicas”.

A Lei de Bases de Prevenção e Reabilitação e Integração de pessoas com Deficiência, n.º 9 de 1989, revogada pela Lei n.º 38/2004 visava essencialmente promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra, nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência, ao nível dos serviços de educação, de saúde, de emprego e orientação profissional. O artigo 9.º define a Educação Especial como sendo uma modalidade de educação que decorre em todos os níveis do ensino público, particular e cooperativo e que visa o desenvolvimento integral da pessoa com necessidades educativas específicas, bem como, a preparação para uma integração plena na vida ativa. No artigo 19.º, defende que a política de educação, deve garantir a integração nos estabelecimentos do ensino regular, das pessoas com NEE em condições pedagógicas, humanas e técnicas adequadas. A política de orientação e formação profissional deve preparar as pessoas com deficiência para o exercício de uma atividade profissional (artigo 21.º).

Em agosto de 1991, é publicado o Decreto-Lei n.º 391/91, de 23 de agosto, que vem regulamentar algumas áreas da Lei de Bases do Sistema Educativo. Este diploma começa logo no seu artigo 1.º, por defender que a educação das crianças com NEE deve processar-se no meio menos restritivo possível, reportando responsabilidades às escolas

públicas. Também no artigo 2.º defende que nos casos em que a aplicação das medidas previstas nos artigos se revele comprovadamente insuficientes, em função do tipo ou grau de deficiência do aluno se deve propor encaminhamento apropriado, nomeadamente a frequência desses alunos em Instituições de Educação Especial, referindo que esta medida, só deverá ser aplicada estritamente em casos muito excepcionais.

Podemos afirmar que este diploma constituiu até aos nossos dias a principal referência normativa no campo do atendimento a alunos com Necessidades Educativas Especiais. Inspirado na legislação Norte Americana – a PL 94/142 de 1975 e no relatório realizado no Reino Unido, o Warnock Report de 1978, procurou garantir que todas as crianças e jovens passassem a ter acesso à escola regular, mesmo que por razões relacionadas com graves problemas de aprendizagem, necessitassem de frequentar currículos alternativos (diversos dos que eram dirigidos à generalidade dos alunos) e procurou assegurar que passassem a ser prestados aos alunos com Necessidades Educativas Especiais, os apoios educativos e as ajudas técnicas de que necessitassem. É realmente a partir deste diploma legal, que a filosofia da escola inclusiva passa a ganhar contornos vinculados e que as crianças com NEE passam, na realidade, a ter alguma visibilidade no sistema regular de ensino. Este diploma, embora não apele diretamente à flexibilidade curricular e à adequação da escola ao aluno com NEE, promove mudanças nas escolas e nas estratégias a utilizar na sala de aula. Responsabiliza o professor do ensino regular pelo grupo no seu todo e promove a eliminação das diversas barreiras que se colocam a estes alunos na participação no processo educativo. Propõe a direccionalidade de respostas ajustadas às crianças com NEE respondendo às suas necessidades e, através dessa ação, promover a sua integração no sistema educativo vigente.

Neste contexto, verifica-se então uma crescente responsabilização da escola regular por todos os alunos e pela sua adequação às necessidades individuais, o que pressupõe que a escola regular ofereça os seus serviços educativos, disponibilizando uma variedade de alternativas de ensino, adequadas a um plano educativo para cada aluno, permitindo a sua máxima integração institucional, temporal, social, durante a jornada escolar normal. Claro que, na base, está uma organização cooperada das aprendizagens escolares e a adoção, por parte dos professores, de uma pedagogia diferenciada. Segundo Bénard da Costa (1996), para que a integração escolar dos alunos com NEE tenha lugar, é necessário que as escolas possam contar com um número

diversificado de recursos que se inter-relacionem e cuja atuação é interdependente. Se a escola contar com alguns recursos e não com outros, toda a integração pode ser posta em causa.

O Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto tem por base um modelo conceptual e organizativo, que aponta para o reconhecimento das necessidades da escola e dos professores do ensino regular, na responsabilização pelos seus alunos com NEE, na flexibilização curricular, na diversificação das estratégias pedagógicas e na melhoria das condições e do ambiente educativo da escola.

Este documento constitui-se um instrumento essencial à mudança, ao nível da intervenção pedagógica junto de alunos com NEE, integrados no Sistema Regular de Ensino. Contudo, mediaram apenas três anos, para que os princípios de Salamanca fossem consagrados no Despacho n.º 105/97, publicado em julho, onde se faz opção por uma orientação claramente inclusiva para a Educação Portuguesa. Este documento consagra o funcionamento dos apoios educativos, o regime aplicável à prestação de serviços no âmbito do Sistema de Apoio Educativo. Reconhece a importância da atuação do professor especializado e respeita os princípios da LBSE, ao perspetivar a escola regular como centro privilegiado da ação educativa para todos os alunos. Determina ainda, uma mudança radical no papel do modelo tradicional, centrado e direcionado para o aluno, ao atribuir ao professor titular de turma, para responder a todos os alunos com eficácia e proporcionar a criação de condições que permitam uma escola de todos e para todos. Assim, o conjunto de apoios educativos, tradicionalmente orientado para o aluno com NEE e fundamentalmente centrado no professor de educação especial, é, agora, alargado a toda a comunidade educativa, designadamente aos órgãos de gestão e coordenação pedagógica, aos professores, encarregados de educação e alunos.

Trata-se de um passo no caminho do modelo inclusivo, mas com limitações no terreno, quer a nível das mudanças de atitude, quer dos recursos necessários à intervenção desejada em prol da integração enquadrada na filosofia inclusiva.

Neste sentido, este novo diploma, constitui um avanço qualitativo no que respeita a uma escola democrática e de qualidade, tendo como objetivos: centrar nas escolas as intervenções diversificadas necessárias para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens; assegurar, de modo articulado e flexível, os apoios indispensáveis ao desenvolvimento de uma escola de qualidade para todos e perspetivar uma solução simultaneamente adequada às condições e possibilidades atuais, mas orientada também

para uma evolução gradual para novas e mais amplas respostas (Despacho conjunto n.º 105/97).

Os professores de educação especial são o grande recurso a nível local para ajudar a resolver situações ligadas ao encaminhamento e acompanhamento dos casos mais difíceis, devendo estabelecer uma boa relação, quer com o professor da turma, quer com a família, de forma a poder ultrapassar a e atender de forma mais adequada a criança com deficiência.

Este Despacho Normativo operacionalizado em articulação com o Decreto-Lei n.º 319/91, constituíram o instrumento de trabalho necessário e essencial ao bom funcionamento e orgânica do Sistema de Apoios Educativos.

Em 1998, é elaborado o Decreto-Lei n.º 115-A/98. Este diploma diz respeito à autonomia das escolas na gestão do processo educativo e na organização do respeito funcionamento e constitui um instrumento fundamental para a sua adequação às necessidades dos alunos, nomeadamente em relação aos que apresentam diferenças mais significativas. Para responder à diversidade não é possível estabelecer normas rígidas e inflexíveis, comandadas por entidades estranhas e exteriores à escola.

Sem autonomia, a escola não pode desenvolver uma perspetiva diferenciada e inclusiva. Assim, a integração/inclusão passa a ser encarada e entendida na emergência de um novo modelo de gestão escolar, um novo regime de autonomia, administração e gestão escolar, permitindo, por um lado, alguma descentralização de responsabilidades financeiro-administrativas e, por outro, uma maior consciência do papel da escola na promoção da igualdade de direitos e oportunidades. Daí emergiram consequências na conceção de diferenciação pedagógica, rompendo com a ideia que se deve ensinar a todos como se fossem um só. Estes aspetos são importantes na medida em que não se podem conceber respostas a uma população específica, sem ter em conta as transformações necessárias da escola, no seu todo. Nesse sentido, ganham relevo, como papel do Projeto Educativo de Escola, o Regulamento Interno e Plano Anual de Atividades, bem como o Projeto Curricular de Escola e de Turma.

Com a publicação do documento anteriormente referido pretende-se uma escola mais flexível, aberta, cooperante e mais solidária, onde os recursos podem ser geridos numa dinâmica mais ampla, mais coerente e mais de encontro ao mundo em que vivemos.

A educação sem exclusão, no entender de Azevedo (1993), é um imperativo social, político, económico, cultural e ético. Está em questão o modo como cada homem

olha o outro homem, cada pessoa olha a outra pessoa, o lugar que lhe dá e o espaço que lhe abre.

No mesmo ano em que é publicado o Decreto-Lei n.º 115-A/98, é igualmente elaborado, o Despacho n.º 7520/98 constituindo a base legislativa das Unidades de Apoio Específico (U.A.E.). Estas destinam-se ao apoio especializado de Alunos Surdos e Multideficientes, sendo constituídas por um corpo de especialistas de educação, psicologia, terapias, assistência social, comunicação e monitores de Surdos, no caso das U.A.E.A.S.

As principais orientações e disposições relativas à avaliação das aprendizagens no ensino básico estão consagradas no Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro. Neste decreto, relativo ao novo modelo de gestão curricular, respetivamente nos ensinos básico e secundário, deparamo-nos com uma referência expressa a alunos com NEE de carácter prolongado, considerando-os aqueles que efetivamente necessitam de educação especial e de um currículo flexível, diferenciado de acordo com as suas capacidades. É necessário, assim, adotar estratégias de intervenção pedagógica, metodologias diversificadas, exigindo ao professor pôr em prática uma grande variedade de atividades, métodos e estratégias que contemplem desde o grande grupo até ao aluno individualmente e que requerem diferentes formas de organização do espaço, do tempo e dos materiais.

Segundo Franco, Riço e Galésio (2002) é um diploma que propõe uma transformação profunda, ao nível da função cultural, personalizada e socializadora da educação, num contexto de democracia e cidadania ativas. Para além disso, declara que o currículo nacional se desenvolva de forma a assegurar “uma formação integral de todos os alunos através da definição de competências e de aprendizagens nucleares”, estabelecendo uma gestão flexível que reconheça a diversidade e afirme a diferenciação pedagógica, procurando assim responder às necessidades de todos os alunos. Para além disso, consigna a existência de atividades de complemento curricular, nomeadamente: o estudo acompanhado, a área de projeto e a formação cívica.

1.4 – Necessidades Educativas Especiais: da identificação à intervenção

A designação de Necessidades Educativas Especiais (NEE) remete-nos para Warnock Report, de onde emergiu pela primeira vez, mas também para as dificuldades

que subsistem em relação ao conceito de “necessidade”, dada a sua grande extensão, causadora de ambiguidades.

Tendo em conta aquele relatório, um aluno tem necessidades educativas especiais quando, comparativamente com outros da sua idade, apresenta dificuldades significativamente maiores para aprender, ou tem algum problema de ordem física, sensorial, intelectual, emocional ou social, ou uma combinação destas problemáticas, a que os meios educativos geralmente existentes nas escolas não conseguem responder, sendo necessário recorrer a currículos especiais ou a condições de aprendizagem adaptadas. As necessidades perspetivam-se, assim, como temporárias ou prolongadas.

Baseando-se neste documento, o Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto introduziu pela primeira vez este conceito, o qual substituiu categorizações do foro clínico até então utilizadas.

Com vista à inclusão, a Declaração de Salamanca, em 1994, inclui no conceito de NEE as deficiências, as dificuldades de aprendizagem e a sobredotação, considerando também as crianças que trabalham e as crianças de rua, as que pertencem a populações nómadas, a minorias étnicas ou culturais e, as pertencentes a grupos desfavorecidos ou marginais.

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro define NEE como a incapacidade ou incapacidade que se reflitam numa ou mais áreas de realização de aprendizagens, resultantes de deficiências de ordem sensorial, motora ou mental, de perturbações de fala e da linguagem, de perturbações graves da personalidade ou do comportamento ou graves problemas de saúde.

Foi intenção do governo alterar a legislação em vigor, bem como o conceito de necessidades educativas especiais, introduzindo novas filosofias, conceitos e procedimentos com a publicação em 2008 de um normativo legal (Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro) que até agora tem levantado polémica relativamente ao conceito de Necessidades Educativas Especiais. O mesmo remete para a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) para a categorização do grau de incapacidade dos alunos.

Necessidades Educativas Especiais são, de acordo com este Decreto-Lei, aquelas que resultam de “limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação

social” (Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, artigo 1º) dando lugar à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial.

Simeonsson (1994 cit. por D.G.I.D.C., 2008, p.15), faz a distinção entre “problemas de baixa frequência e alta intensidade e problemas de alta frequência e baixa intensidade”. Os primeiros correspondem àqueles que têm como causa provável uma etiologia biológica, inata ou congénita, ainda que a intensidade dos problemas possa decorrer de fatores ambientais. São casos típicos desta situação as alterações sensoriais, o autismo, a paralisia cerebral, o Síndrome de Down, etc. A identificação destes alunos tende a ser feita pelos serviços de saúde e da segurança social, exigindo que a sua inclusão se efetue como resultado da articulação e cooperação entre os diferentes intervenientes e a existência de recursos apropriados à sua problemática.

De acordo com Bairrão, Pereira, Felgueiras, Fontes e Vilhena (1998), são os casos de baixa-frequência e alta intensidade que requerem a utilização de mais recursos e meios adicionais (materiais especializados) para responder às necessidades educativas. São casos típicos desta situação crianças e jovens com problemas sociais e familiares, entre outros. Tendo em conta os mesmos autores (pp. 29-30), “é este o grande grupo que aflige a escola e a que esta responde com medidas de educação especial; no entanto, estes casos relevam sobretudo de uma educação de qualidade e diversificada e não de educação especial”. Ou seja, os alunos com NEE de alta intensidade, em princípio, devem chegar ao jardim de infância e à escola já sinalizados pelos serviços de saúde. Aqueles que têm NEE de baixa intensidade são os que oferecem maiores dificuldades, quer na sua identificação quer na resposta interventiva da escola.

Segundo este modelo, os alunos são referenciados e, preferencialmente, observados por uma equipa que integre profissionais das áreas da saúde, da psicologia e da educação, incluindo os Serviços de Educação Especial do Agrupamento, para que lhes seja feito um diagnóstico que confirme e, de algum modo possa explicar, as suas dificuldades. É, contudo, um processo complexo e sensível, uma vez que as dificuldades de definição das problemáticas suscitam dúvidas e acarretam modelos de ação diversificados. Por este motivo pretende-se que os técnicos, professores e outros educadores envolvidos realizem uma avaliação o mais fidedigna possível, impedindo catalogações e proporcionando a intervenção mais eficaz e adequada a cada uma das situações. A intervenção, que tende a ser remetida para a responsabilidade do professor de educação especial, assenta, assim, nesse diagnóstico.

A CIF, tal como o seu nome indica, provém da área da saúde e classifica, não avalia, pelo que a tendência da resposta a dar aos alunos vai manter-se, muito provavelmente, à volta deste modelo de educação especial, dificilmente conciliável com os pressupostos da educação inclusiva, segundo os quais a escola é um lugar privilegiado de interação de práticas de aprendizagens significativas, baseadas na cooperação e na diferenciação inclusiva. É justamente essa interação que favorece as aprendizagens.

A identificação e a intervenção com os alunos que têm NEE, numa perspetiva de educação inclusiva, não se devem centrar na problemática do aluno ou dos alunos que as evidenciam, mas sim no currículo. A prática pedagógica deve dirigir-se para todos e ser feita com todos, numa perspetiva de diferenciação inclusiva centrada na cooperação, de modo a que a escola seja uma comunidade aberta e que respeite a individualidade de todos e de cada um.

Na perspetiva da escola inclusiva, a responsabilidade da resposta a dar aos alunos, independentemente das dificuldades que alguns possam ter, é da escola. Os professores de educação especial são um recurso, tal como outros técnicos que tenham de intervir e as próprias famílias. Nesse sentido, esta intervenção, quer ao nível dos professores quer dos outros atores, deverá sempre ser feita em cooperação.

1.5 – Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro

Neste Decreto-Lei são definidos os apoios especializados, que devem ser prestados na educação pré-escolar, nos ensinos básicos e secundário, dos setores públicos, particular, cooperativo ou solidário. Pretende ainda a criação de condições para a adequação do processo educativo, de forma a dar resposta aos alunos com deficiências ou incapacidades.

De acordo com o Ministério da Educação, os objetivos da Educação Especial visam a inclusão educativa e social para além do sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional e a promoção de igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional.

Define, tal como foi referido anteriormente, a população alvo da educação especial, que são os alunos que apresentam “limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de caráter permanente, resultando em dificuldades, continuadas

ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social” (Decreto-Lei n.º 3/2008).

Descreve os direitos e os deveres dos pais e encarregados de educação, e os procedimentos a adotar caso não exerçam o direito de participação.

Estabelece como medidas educativas de educação especial: o Apoio pedagógico personalizado; as Adequações curriculares individuais; as Adequações no Processo de Matrícula; as Adequações no Processo de Avaliação; o Currículo Específico Individual; as Tecnologias de Apoio e prevê a introdução de áreas curriculares específicas que não fazem parte da estrutura curricular comum, como a leitura e escrita de Braille, a orientação e mobilidade, o treino de visão, a atividade motora adaptada, e estabelecendo por fim para os alunos surdos, a opção pelo ensino bilingue.

No Programa Educativo Individual são fundamentados os apoios especializados e as formas de avaliação e introduz o Plano Individual de Transição três anos antes de acabarem a escolaridade obrigatória no caso de Jovens, cujas necessidades educativas os impeçam de adquirir as competências definidas no currículo comum.

Prevê a criação de uma rede de escolas de referência para alunos cegos ou com baixa visão, para o ensino bilingue definindo as suas funções; estabelece a possibilidade de os agrupamentos de escolas organizarem respostas específicas diferenciadas, através da criação de unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo e de unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdo cegueira congénita.

Por fim, prevê a possibilidade de os agrupamentos desenvolverem parcerias com instituições particulares de solidariedade social e com centros de recursos especializados com o objetivo de avaliação e desenvolvimento de atividades de enriquecimento curricular, avaliação, diagnóstico, etc.

Com uma linguagem diferente e muito provavelmente mais prática, objetiva, abrangente e não restritiva, todos estes pressupostos de uma forma ou de outra, estavam contidos no Decreto-Lei n.º 319/91. Há já largos anos, se trabalha a integração inclusiva. A Declaração de Salamanca, data de 1994. Do que este diploma trouxe de novo, apenas parece evidenciar-se o fator economicista, esquecendo o caráter sensível de que se reveste a Educação Especial.

Capítulo II – Em torno do Conceito de PHDA

Neste capítulo apresentamos a revisão da literatura, onde são desenvolvidas as várias temáticas relacionadas com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Pretendemos entender as tendências atuais da investigação sobre PHDA tendo por base a evolução do conceito ao longo dos tempos, as dimensões essenciais desta perturbação, salientando a definição de “consenso” que assenta em “três dimensões”: atenção, hiperatividade e impulsividade, as causas, salientando a hipótese neurológica, a forma de diagnosticar crianças com PHDA e a intervenção em crianças e jovens.

2.1 - Perspetiva Histórica de Definição do Conceito de PHDA

A definição de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), como atualmente a conhecemos, tem sofrido algumas alterações ao longo dos anos. A nível da evolução do conceito, existem alguns investigadores com perspetivas divergentes.

Segundo Rodrigues e Encarnação (2006), os investigadores franceses enquadram esta perturbação na área dos Distúrbios Psicomotores e das Desarmonias Evolutivas, enquanto os investigadores norte-americanos, através do modelo de origem anglo-saxónico, preconizam um diagnóstico formal e criterioso desta perturbação. Os dois modelos têm conceções diferentes sobre a PHDA, uma vez que os investigadores norte-americanos fundamentam a sua investigação na Neuropsicologia e os franceses na Psicanálise.

Ao contrário daquilo que se possa pensar esta não é uma perturbação da era moderna, uma vez que as primeiras descrições de indícios parecem ter surgido num poema do psiquiatra alemão Heinrich Hoffman, em 1865 (cit. por Barkley, 1998). Alguns anos mais tarde, surgem as primeiras descrições de cariz científico através de do pediatra britânico George Still, (1902, cit. por Lopes, 2004) seguido de Alfred Tredgold (1908, cit. por Barkley, 1998) há mais de uma centena de anos. Still descreve sintomas de “agressividade”, “resistência à disciplina” e “problemas sérios de atenção”, num grupo de quarenta e três crianças (Barkley, 2006). O mesmo autor defendeu ainda que estes sintomas tinham uma origem orgânica e referiu características físicas, comuns às crianças com hiperatividade: cabeça demasiado grande, malformações no palato e

vulnerabilidade às infeções. Segundo Still, este termo evoluiu e acabou por ser substituído por “*disfunção cerebral mínima*”, sugerido por Tredgold (1908, cit. por Salgueiro, 2002, pp. 14-15) e que prevaleceu durante algum tempo.

Segundo Rebelo (1997), a tendência para associar o conceito descritivo de hiperatividade à sua origem orgânica intensificou-se devido a uma epidemia de encefalite na Europa e nos Estados Unidos, entre 1917 e 1918, no fim da primeira guerra mundial. Desta forma, verificou-se que as crianças que já não revelavam sinais de encefalite evidenciavam uma atividade excessiva, défice de atenção e tendência para a impulsividade. A este conjunto de três sintomas deu-se o nome de “*Síndrome Comportamental de Lesão Cerebral*”. Fonseca (1998), nesta perspetiva, menciona que muitas destas crianças apresentavam comportamentos semelhantes aos que se incluem hoje na categoria de hiperatividade, (Hojman, 1922, Ebaugh, 1923, cit por Fonseca, 1998, p.12), sendo descritas como limitadas na sua atenção, na regulação da atividade e na impulsividade.

Surge então uma outra linha de investigação no Sul da Europa com algumas tentativas de explicação psicodinâmica. Estas interpretavam a hiperatividade como resultado de conflitos involuntários mal esclarecidos, resultantes de um comprometimento da relação entre pais e filhos (Heuyer, 1914, cit. por Salgueiro, 2002). Esta percepção, de que pais perturbados ou ambientes familiares desajustados são responsáveis pela PHDA, “persiste até aos dias de hoje, especialmente por parte dos que são mais críticos em relação a esta perturbação” (Barkley, 2006, p. 6).

Em 1937, Charles Bradley (cit. por Barkley, 2006), apresentou uma linha de relação da PHDA com fatores biológicos através da descoberta de alguns estimulantes, como as anfetaminas, que ajudavam as crianças com esta perturbação a melhorarem a sua concentração. A terapêutica utilizada nessa altura resumia-se à administração de medicamentos que pudessem acalmar as crianças e viessem a ter efeitos positivos ao nível do funcionamento cerebral.

Podemos considerar como segundo período da história da PHDA, a primeira metade do século XX. No que respeita à designação propriamente dita, continuaram a existir vários conceitos para definir o mesmo tipo de comportamento. Falava-se então de: “*Síndrome Impulsivo Hiperkinético, Impulsividade Orgânica, Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite, Criança com Lesão Cerebral, Síndrome Coreiforme, Criança com Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Menor, Síndrome Hiperativo*

da Criança, Hipercinésia, Distúrbio Impulsivo do Caráter, Distúrbios de Aprendizagem, entre outros” (Rebelo, 1997, pág. 207).

Rodrigues (1994), refere que foi Abramson (1940) que iniciou o estudo da “*Instabilité Psychomotrice*”, baseado em aspetos relacionados com atrasos no desenvolvimento, distúrbios afetivos e em desordens comportamentais. Deste modo, foi possível iniciar a distinção entre os sintomas relacionados com a hiperatividade e os sintomas relativos, por exemplo, a atraso mental.

Segundo Barkley (1990, cit. por Lopes, 2004), os anos sessenta são considerados um marco importante na definição da PHDA, uma vez que as manifestações comportamentais da hiperatividade começam a ganhar maior ênfase. Nesta altura, começa a verifica-se um maior rigor científico nos estudos, pois começa a dar-se destaque às manifestações comportamentais desta perturbação ao invés das suas origens etiológicas (Fonseca, 1998).

Esta problemática até aos anos 60 era denominada, pelas perspetivas anglo-saxónicas, por “*Hyperkinetic Syndrome*” e “*Hyperactivity Syndrome*”. Admitiam que as causas se deviam a lesões cerebrais detetáveis ou não. Ambas as designações oferecem como indicativo primordial o excesso de atividade motora. A primeira é originária do Reino Unido e a segunda tem génese nos EUA.

A PHDA, em 1959, foi descrita como uma espécie de disfunção cerebral, pois não era evidenciada nenhuma lesão a nível cerebral, na maioria das crianças. (Denhoff, cit. por Barkley, 2006). Esta problemática era referida como uma perturbação hipercinética do impulso, caracterizada pela agitação, hiperatividade, diminuição progressiva da atenção, concentração escassa, distração e irritabilidade, todas tidas como componentes comportamentais (Levy, 1997 cit. por Barkley, 2006).

Strauss e Kephart (1995 cit. por Barkley, 2006) referem que a ideia para comportamentos alterados nessas crianças sugeria evidências de alguma lesão cerebral, mesmo quando não houvesse lesão conhecida. Surgia assim o conceito da Lesão Cerebral Mínima, que se manteve até à década de 60, sendo substituído pelo conceito de Disfunção Cerebral Mínima.

Aquando da publicação do artigo de Chess (1960, cit. por Lopes, 2004), o excesso de atividade passou a ser considerado como um dos principais sintomas desta perturbação. Este realçou a importância da construção de instrumentos objetivos de avaliação, retirando aos pais a responsabilidade pelos problemas dos filhos e separando os conceitos de Síndrome de Hiperatividade e Síndrome de Lesão Cerebral.

Ao terminar a década de 60 já muito se tinha investigado sobre esta problemática, mas a certeza que relacionava a PHDA a uma base biológica começou a gerar discussões. Emergem críticas que mencionam que esta perturbação era uma forma de desculpabilizar os pais pelos comportamentos incorretos dos filhos. Após este período, novas descobertas começam a surgir associando os problemas da PHDA a certo tipo de neurotransmissores (Messina & Tiedemann, 2006).

Nesta altura, pela primeira vez, a definição surge na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria. A mesma define a Reação Hiperkinética da Infância como sendo uma doença caracterizada pela “hiperatividade, inquietação, distração e défice de atenção, especialmente em crianças pequenas; geralmente, o comportamento diminui com a adolescência” (DSM II, 1968, cit. por Barkley, 2006, p. 9). De acordo com o mesmo autor, a PHDA passou a ser vista como um conjunto homogéneo de sintomas, com maior evidência para o excesso de atividade ou hiperatividade. Muitos acreditavam que seria superada pela puberdade, com tratamentos de curto prazo, com recurso psicoestimulantes, psicoterapia e com o mínimo de estimulação nas salas de aulas.

Na década de 70, a hiperatividade deixa de ser o aspeto fulcral da perturbação. As inúmeras investigações que surgem passam a centrar-se na importância do défice de atenção e impulsividade (Lopes, 2004).

Dos anos 70 até aos anos 80 muitas foram as pesquisas relacionadas com as características da PHDA, tornando-se esta numa das perturbações com mais estudos psiquiátricos da infância. É com as investigações de Douglas e dos seus colaboradores (1972, cit. por Fonseca, 1998) que os aspetos principais das crianças hiperkinéticas passam a ser o défice de atenção prolongado e o controlo da impulsividade. Esta perspetiva passa a estar descrita no DSM III (APA, 1980 cit. por Fonseca, 1998) onde o distúrbio hiperkinético da infância passa a designar-se por Distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade. A criança tem um diagnóstico deste distúrbio, mesmo quando só há apenas problemas de atenção sem hiperatividade. Segundo Fonseca (1998), são descritas duas subcategorias: o Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade. Barkley (2006) considera os anos setenta muito importantes para a definição e conceptualização atual da PHDA, uma vez que possibilitaram o enquadramento do défice de atenção como um dos sintomas principais na sua definição e originaram inúmeros estudos científicos sobre a sua etiologia, terapêutica e avaliação.

Na década seguinte, muito se especulou acerca do envolvimento dos lobos frontais na PHDA, devido à semelhança de sintomas apresentados por pacientes com esta perturbação e aqueles que sofreram danos nos lobos frontais devido a acidentes ou outros problemas (Mattes, Gualtieri & Chelune, 1984 cit. por Barkley, 2006).

Muitos investigadores suspeitavam que a PHDA poderia estar associada a atrasos de desenvolvimento do funcionamento cerebral. Para comprovar esta ideia existiam estudos neuropsicológicos demonstrando défices na *performance* de crianças com PHDA (Barkley, 2006).

De acordo com o mesmo autor, no final desta década, percecionou-se a PHDA como uma condição de desenvolvimento deficiente, habitualmente crónica, com uma ligação sólida entre as componentes biológica e hereditária. De salientar ainda, o impacto negativo, nas vivências sociais ou no percurso académico de muitas destas crianças. Muitas investigações foram realizadas sobre as bases neurológicas e genéticas. A intervenção passou a estar centrada ao nível do contexto familiar para resolução de problemas parentais e de disfunções familiares e ao nível da criança, para o controle da raiva e das competências sociais. Foi também demonstrado o papel dos antidepressivos tricíclicos e dos anti-hipertensivos ao nível do controle da sintomatologia da PHDA.

Nos E.U.A. surgiu uma grande discussão junto da sociedade, que ficou sensibilizada e alarmada com o uso crescente de medicação no tratamento desta perturbação. Ao mesmo tempo, apareceram as primeiras associações de apoio a pais de crianças com PHDA, que tiveram um papel essencial na desmistificação do uso da medicação, através de descrições mais precisas e detalhadas sobre esta perturbação e do seu tratamento. Segundo Barkley (2006), este acontecimento foi muito importante, porque permitiu, o aparecimento de mais informação, esclarecendo, por exemplo, que a hiperatividade e os comportamentos disruptivos decorrentes de uma deficiência de base biológica, nas crianças, podem ser reduzidos ou aumentados pelo ambiente social e não pelo facto das crianças terem maus pais ou devido à dieta que possam fazer.

De acordo com o autor supramencionado, as investigações realizadas nos anos 90 vieram demonstrar que a hereditariedade podia explicar 50-97% das características da PHDA. O DSM-III apresenta novos critérios de diagnóstico com base nas investigações realizados em anos anteriores. Os sintomas são descritos através de uma lista detalhada de verificação de comportamentos. São criados alguns subtipos desta perturbação: PHDA com Hiperatividade; PHDA sem Hiperatividade; e PHDA residual que constitui um subtipo com contornos pouco definidos (APA, 1980, cit. por Lopes, 2004).

Como produto da investigação que foi sendo desenvolvida nas décadas transatas, o conceito de PHDA abarca a sua própria definição no que diz respeito às suas causas e sintomas, que ao longo do tempo foram sofrendo várias alterações, assumindo, nos dias de hoje, uma origem assente em componentes biológica e hereditária e onde as suas dimensões essenciais estão longe de serem consensuais. Neste aspeto, a questão é saber se se trata de hiperatividade, de desatenção, de impulsividade ou duma combinação específica de todas (Lopes, 2004). Em resposta a estas dúvidas a lista de sintomas da PHDA constante do DSM - IV (APA; 1994 cit. por Lopes, 2004, p. 52) agrupa, por um lado os sintomas de “hiperatividade-impulsividade” e por outro, os sintomas de “desatenção”. Segundo Fonseca (1998, p. 17), esta classificação dá origem a três subtipos de crianças com PHDA: “(1) crianças predominantemente hiperativas/impulsivas; (2) crianças predominantemente desatentas e (3) crianças com os dois tipos de características anteriores, ou seja, com hiperatividade do tipo combinado”.

De acordo com Lopes (2004), o DSM - IV começou a referir para a importância do despiste da PHDA, tendo em consideração os diferentes contextos de vida da criança, com especial relevo para o contexto escolar, particularmente para a sala de aula. Neste sentido, os professores adquirem um importante papel, como observadores privilegiados da manifestação sintomatológica desta perturbação.

O conceito desta perturbação evidencia outros fatores no apuramento da sua definição. Barkley (2006) refere a questão da comorbilidade como delimitadora de um importante subgrupo de crianças com PHDA, possibilitando uma maior compreensão na forma como as perturbações coexistentes com esta problemática podem influenciar o funcionamento familiar, o rendimento académico e a resposta ao tratamento da PHDA. Aqui se incluem a Perturbação de Oposição, a Perturbação de Conduta e as Dificuldades de Aprendizagem (Lopes, 2004).

O início do século XXI não trouxe grandes alterações ao conceito da PHDA. As orientações da década anterior mantêm-se, com especial destaque para a publicação de várias pesquisas sobre hereditariedade, genética molecular e neuroimagem. Confirma-se a base hereditária da PHDA e podem ter-se descoberto “genes candidatos”, relacionados com a perturbação. Não emergiram novas teorias, no entanto as existentes, a par do avanço das neuroimagens, estimularam ainda mais a investigação sobre esta perturbação com base na neuropsicologia. Assim sendo, segundo a perspectiva da neuropsicologia, a PHDA constitui um problema ao nível da inibição comportamental, continuando a ser

reforçada, “os problemas de atenção associados representam défices neuropsicológicos num amplo domínio do funcionamento executivo principalmente na memória de trabalho” (Barkley, 2006, pp. 36-37).

O conceito de PHDA é definido no Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, APA, 2002) e na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10), que estão na base dos dois modelos explicativos e de abordagem à perturbação (Fonseca, 1998). Embora apresentem definições diferentes (Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e Hipercinésia), a perspetiva atual é de que os dois manuais tendem a aproximar-se no que diz respeito aos critérios de diagnóstico (Fonseca, 1998).

Contudo, ainda não há consenso sobre esta aproximação pois, segundo Taylor *et al.* (2004), aquando da apresentação do *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder*, estas designações devem coexistir, uma vez que apresentam esquemas de diagnóstico diferentes. Esta diferença reside na forma como os sintomas se encontram organizados por categorias ou áreas nos dois manuais.

Citando Barkley *et al.* (2008, p. 95), “os critérios diagnósticos desenvolvidos oficialmente para uso clínico são estabelecidos na quarta edição do DSM – IV (1994)” e na sua versão revista “DSM-IV-TR (2000)”, bem como as suas características mais recentes da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

Apesar de todas as polémicas importa mencionar que, de acordo com Barkley (2006), nos dias de hoje, a PHDA é reconhecida como uma perturbação universal, com uma crescente aceitação internacional, no que diz respeito à sua existência e ao seu estatuto, enquanto condição crónica e incapacitante.

2.2 - Etiologia

A PHDA é uma das perturbações da infância e adolescência mais estudada e documentada ao longo do tempo. Contudo, a investigação tem demonstrado grandes dificuldades em atribuir uma etiologia à perturbação, preferindo antes, falar de um conjunto de fatores que poderão estar na base da sua origem.

Os estudos sobre a compreensão da etiologia da PHDA, na segunda metade da década de 80, progrediram em grande escala, assim neste percurso, têm sido evidenciadas várias explicações e anuladas tantas outras (Barkley, 2006).

Nos anos 90, os progressos ao nível da genética, neuro imagem e conceptualização da PHDA têm sido substanciais e de importância inestimável para a compreensão da problemática.

Block, (1977, cit. por Barkley, 1988) abordou as causas da PHDA numa linha de estudo sociológico encarando esta perturbação como um sinal cultural do nosso tempo.

A abordagem atual, segundo Cook (1999, cit. por Lourenço, 2009) refere-se a Fatores de Risco, Fatores de Proteção, Fatores de Suscetibilidade ou de Vulnerabilidade. Sobre este assunto Lopes (2004, p. 133) reporta-se à existência de “tendências firmes quanto ao que eventualmente pode e quanto ao que seguramente não pode provocar” a PHDA. Segundo o mesmo autor e, de um modo geral, para toda a comunidade científica, as causas desta perturbação, têm mais a ver com fatores internos do próprio indivíduo do que com fatores externos relativos ao meio (Lopes, 2004). Conners (2009, p. 14) aponta a origem da PHDA para as interações que se estabelecem entre “vários fatores de risco ambientais e biológicos”.

Outro fator considerado por Olson, Bates e Bayles (1990) como preditivo de um futuro desajustamento é o estilo de interação entre pais e filhos.

Problemas familiares como a discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos progenitores a ser uma das causas da PHDA são referidos por Simões (2007). Tal como em qualquer perturbação do comportamento, é provável que a criança aprenda a comportar-se de modo desatento ou hiperativo simplesmente por ver determinados comportamentos dos pais, o que exclui o papel dos genes.

Algumas investigações parecem colocar em destaque o contributo de explicações biológicas, evidenciando-se uma forte componente genética e hereditária, sobretudo em formas de hiperatividade mais graves (Barkley 2006; Willcutt, Pennington, & DeFries, 2000).

Para Batshau (1990, p. 271), causas multifatoriais como a genética e o ambiente interagem para a génese do problema, isto é, “as crianças prematuras e aquelas que têm pequeno tamanho para a idade gestacional, parecem ainda predispostas a ter PHDA. Outros fatores de risco são a exposição ao uso excessivo de álcool, exposição ao chumbo após o nascimento e infeções cerebrais”.

A maioria dos modelos explicativos da PHDA fundamenta-se em componentes genéticas e ambientais numa proporção relativa ao comum de todas as perturbações (Cook, 1999).

Do ponto de vista de Melo (2003), esta perturbação é uma consequência da influência social e cultural num grupo de indivíduos que progressivamente e por questões de pré-disposição biológica tem maior viabilidade para o desenvolvimento da PHDA.

Ao identificarmos uma criança com PHDA, se fizermos uma pesquisa na mesma família, possivelmente encontraremos pessoas com a mesma perturbação. As manifestações do problema têm início na infância não podendo ser adquirida na adolescência ou idade adulta. No entanto, Simões (2007) tem refutado esta ideia, por considerar, as dificuldades familiares, serem mais consequência do que causa.

Através do estudos de neuro imagem são evidenciadas alterações morfológicas e fisiológicas nos circuitos frontoestriados envolvidos na planificação e ação voluntária. Enquanto os estudos genéticos evidenciam uma tendência familiar e hereditária e avançam com a identificação de genes candidatos envolvidos na regulação do sistema dopaminérgico que por sua vez enerva os circuitos frontoestriados, aumentando a suscetibilidade para uma PHDA (Melo, 2003).

Por outro lado temos teorias que defendem que fatores de ordem cerebral são uma das causas da PHDA. O cérebro das crianças com PHDA não produz substâncias químicas suficientes em áreas chave, responsáveis pela organização do pensamento. Sem estas substâncias, os centros responsáveis pela organização do cérebro não funcionam de forma correta (Barkley, 2006).

Segundo Falardeau (1999), a atitude dos pais não está ligada com a génese desta perturbação. Na opinião deste autor parece cada vez mais notório que problemas a nível familiar (desentendimentos, separações, violência) e a nível económico (pobreza desemprego) aumentam o risco de existirem problemas comportamentais e emocionais associados à PHDA. Torna-se notório que um meio familiar afetuoso e tolerante, diminuirá a probabilidade do aparecimento dessas complicações.

Depois das investigações verificou-se que a PHDA tem causas que dependem de fatores familiares, cerebrais e genéticos, sendo difícil determinar uma etiologia exata, na maior parte dos casos, já que não é detetável nenhum dano cerebral. Embora se tenham verificado avanços significativos ao nível da identificação das causas desta perturbação, continua a ser difícil indicar um fator responsável, o que permitiu atribuir-lhe diferentes tipos de teorias (Lopes, 2004).

Em suma, os estudos neuropsicológicos sugerem que a PHDA seja melhor explicada com base num modelo de conceptualização que implica um défice nos mecanismos cognitivos de inibição da resposta.

2.3 - Incidência da PHDA

As frequentes modificações dos critérios de diagnóstico conduzem a diferentes prevalências e incidências para a PHDA.

O DSM-IV (APA, 1994) refere que as taxas de prevalência da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção deverão rondar os 3-6% da população estudantil americana, embora os diferentes estudos mencionem para uma grande variação da prevalência. Rowland *et al.* (2001, cit. por Sharkey & Fitzgerald, 2007) apontam para um intervalo de 0.5% até 16%.

Se nos referirmos aos critérios do DSM-IV (APA, 1994) e falarmos do diagnóstico de PHDA, verificamos taxas entre os 3 e os 5 % (Buitellar, 2002, cit. por Taylor *et al.*, 2004). Se nos reportamos aos critérios estabelecidos pelo CID-10 (1990), referindo-nos ao Distúrbio Hiperkinético, a taxa ronda o 1,5% (Swanson *et al.*, 1998, cit. por Taylor *et al.*, 2004).

A prevalência alterna também em função do sexo, idade, estatuto socioeconómico, raça/etnia de origem dos indivíduos e tipo de amostra utilizada nos estudos.

Barkley (1981) menciona que o sexo masculino apresenta maiores dificuldades em prestar atenção a estímulos relevantes e inibir respostas a estímulos irrelevantes e King e Young (1981, cit. por Dehass, 1986) e Paulauskas & Campbell, (1979, cit. por Dehass, 1986) referem que os rapazes apresentam também maiores problemas em termos de relação social. Assim, os mesmos terão maior tendência ao insucesso escolar (Whalen e Henker, 1980, cit. por Dehass & Young, 1984).

A instabilidade varia segundo o sexo das crianças/jovens. Aos rapazes são apontados mais sintomas de cariz motor e às raparigas mais sintomas depressivos. Como tal, é menos frequente aparecerem raparigas nas consultas de psiquiatria, dado que a inibição é mais aceitável do que a irrequietude (Salgueiro, 1996).

Ao longo de vários estudos, verificou-se que a PHDA afeta com maior frequência os rapazes do que as raparigas (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume & Gaudet, 1999), independentemente da idade ou de outras variáveis sociodemográficas, sendo esta proporção aproximadamente de 3 para 1 (MacGee *et al.*, 1995, cit. por Fonseca, 1998).

Esta discrepância pode estar relacionada com fatores culturais e físicos ou com a aplicação de critérios de diagnóstico diferentes. É de salientar que os fatores culturais são fulcrais, uma vez que, as expectativas dos pais e dos professores variam em função do sexo. MacGee *et al.* (1995, cit. por Fonseca, 1998), aponta também diferenças ao nível hormonal e no sistema nervoso central, uma vez que o processo de maturação no rapaz é mais lento, tornando-o mais vulnerável e influenciável a comportamentos hiperativos. Os estudos clínicos e comunitários indicam que a diferença entre as taxas verifica-se devido ao maior número de queixas relacionadas com o comportamento e encaminhamento (Biederman *et al.*, 1996, cit. por Barkley, 2006). A prevalência varia de País para País, sendo esta variação originada pela utilização de diferentes definições e operacionalizações do problema.

2.4 - Características da PHDA

De acordo com Falardeau (1999, p. 9) “essas crianças chegam à escola aos cinco anos, cheias de talento e de boas intenções, mas são incapazes de vencer sem ajuda. São diferentes E a nossa sociedade não parece disposta a aceitar e assumir essa diferença”.

As crianças com PHDA apresentam problemas comportamentais em três áreas de funcionamento básico: a atenção, a impulsividade e o excesso de atividade motora (Barkley, 1998). Estas características constituem as chamadas dimensões essenciais da PHDA (Lopes, 2004).

Défice de Atenção

O défice de atenção é uma das características mais importantes na PHDA. A criança tem muita dificuldade em permanecer atenta por longos períodos de tempo. Esta dificuldade pode estar presente durante atividades lúdicas mas agrava-se durante a realização de tarefas consideradas mais desagradáveis, repetitivas ou que exijam níveis mais elevados de atenção (Lopes, 2004). Embora não haja consenso acerca dos fatores que influenciam a atenção das crianças/jovens, grande parte dos autores considera que a diminuição da mesma está relacionada com o facto de a tarefa não ser estimulante para a criança e não possuir recompensa imediata (Barkley, 1990, cit. por Lopes, 2004).

Tendo em conta a perspetiva da neuropsicologia, a capacidade de atenção é considerada um conceito multidimensional que pode abranger problemas de manutenção da atenção, de alerta, de ativação, de seletividade, de distratibilidade, de nível de apreensão entre outros (Barkley, 2006). Segundo Fonseca (1998, p.7), “as crianças com PHDA, com os problemas de atenção, caracterizam-se por uma tendência acentuada a distraírem-se em tarefas repetitivas e monótonas, cometendo mais erros do que as crianças ditas normais”.

Vários estudos demonstram que as crianças com PHDA apresentam problemas em contexto escolar devido às dificuldades ao nível da atenção, como por exemplo não terminarem as suas tarefas consideradas mais aborrecidas, como as que implicam a escrita, a leitura, a matemática ou exposição de um assunto oralmente, a memorização e o seguir de instruções. Posto isto, devem ser ensinadas de forma diferente, mesmo daquelas com dificuldades de aprendizagem (Richards, Samuels, Turnure & Ysseldyke, 1990).

De acordo Fonseca (1998), ao nível da atenção, embora as capacidades de processamento de informação se encontrem intactas, estas crianças revelam um desempenho mais fraco em tarefas que lhes cedam suporte diminuto, revelam pouco interesse ou se encontrem associadas a fatores de distração.

Barkley (2002) refere que o problema ultrapassa aquilo que à primeira vista pode ser interpretado por distração. Para este autor, as crianças com PHDA não se interessam por aquilo que estão a fazer ou aborrecem-se mais rapidamente do que as crianças sem esta problemática e sentem-se atraídas por aspetos mais divertidos e recompensadores. Esta situação faz com que procurem outras atividades, para além daquelas em que estão envolvidas, que sejam mais interessantes, mais divertidas e mais estimulantes, mesmo sem terem concluído o trabalho em que estavam envolvidas.

Hiperatividade

A hiperatividade é uma das características centrais da PHDA e caracteriza-se pela presença de comportamentos de excessiva atividade aos níveis motor e vocal.

O excesso de atividade motora surge, principalmente, em contexto de sala de aula, uma vez que é aí que a exigência a nível da concentração e impedimento desta atividade se torna maior (Barkley, 1981).

Barkley (2006) menciona que as crianças com esta perturbação manifestam, normalmente, níveis de atividade motora e/ou oral excessivos, revelando irrequietude, nervosismo, movimentos grosseiros e desnecessários para a tarefa e por vezes, desproporcionados. Respondem também com maior agressividade (quer física, quer verbal). Desta forma são consideradas mais imaturas em termos sociais e emocionais (Barkley, 1981).

Para Micouin e Boucris (1988), o excesso de atividade motora ou hiperatividade é a principal característica das crianças instáveis. A criança com hiperatividade é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo (Falardeau, 1999).

A hiperatividade “refere-se aos níveis excessivos de atividade motora ou oral, características da criança (...) que faz dela uma criança muito inquieta, nervosa, exibindo em geral movimentos grosseiros e desnecessários, irrelevantes para a tarefa e, por vezes, despropositados” (Barkley, 1998, cit. por Lopes, 1998, p. 18). No seguimento desta ideia, são também sujeitas a mais sanções reprimendas e castigos do que as crianças sem PHDA (Melo, 2003).

Impulsividade

Lopes (2004) menciona que as crianças com esta problemática respondem mais rapidamente e cometem mais erros do que os pares, quando submetidas às mesmas condições de avaliação. Agem sem pensar nas consequências do seu comportamento. A sensação que estas crianças deixam nos outros é que são irresponsáveis, mal-educadas, imaturas e difíceis de aturar. Têm tendência para sofrer acidentes, pois envolvem-se em atividades perigosas sem pensar no perigo. Segundo o mesmo autor, desistem facilmente das tarefas e preferem atividades de recompensa imediata a atividades cuja recompensa só surge a médio ou longo prazo.

Assim, tanto a impulsividade como o défice de atenção, são um conceito multidimensional, envolvendo várias perspetivas. Para uns, “ela está relacionada com o controle executivo, com o adiamento da gratificação, com o esforço e mesmo com a condescendência” (Olson, Shilling & Bat, 1999, cit. por Barkley, 2006, p. 81). Para outros, é “um processo executivo, motivacional e automático da inibição da atenção” (Nigg, 2000, cit. por Barkley, 2006, p. 81).

A impulsividade, característica central na PHDA, manifesta-se pela impaciência, pela resposta sem ouvir a pergunta, dificuldade em esperar e em seguir instruções, interromper os outros, fazer comentários inoportunos, partir objetos sem querer ou mexer nas coisas dos outros (APA, 1994). Segundo Lopes (2004), a impulsividade pode ser definida como o fracasso na inibição de comportamento.

Para Barkley (2006), a impulsividade reside na dificuldade de inibir o comportamento em resposta a exigências situacionais. Ainda de acordo com este autor, a impulsividade consiste na dificuldade em ajustar a conduta, uma vez que passam à ação, sem reflexão prévia o que se traduz por uma não-aceitação das regras sociais, exigem a satisfação imediata dos seus desejos e tem tendência a praticar atividades perigosas.

Este conjunto de dificuldades, designadamente a incapacidade para conter impulsos, associada aos problemas de atenção, traduz-se em várias limitações no quotidiano de quem tem PHDA. Para uma criança em idade escolar, isto traduz-se, muitas vezes, num percurso com insucessos e fracassos que é muitas vezes, o ponto de partida para o encaminhamento/despiste da PHDA (Rodrigues, 2005).

2.5 - Perspetiva Atual de Definição do Conceito de PHDA

Atualmente, no que se refere à definição desta perturbação, com o DSM-IV-TR (APA, 2002), e após um período de primazia dos défices de atenção (DSM-III), a atividade motora volta a ser o aspeto fulcral desta perturbação, pelo que CID-10 e DSM-IV-TR, apesar de proporem designações diferentes (Hipercinésia e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, respetivamente), segundo Fonseca (1998), tendem a aproximar-se nas propostas de critérios de diagnóstico para esta perturbação.

Tal como referimos anteriormente, segundo Barkley *et al.* (2008), a definição mais utilizada é a da 4ª edição do Manual Estatístico de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, na sua revisão (DSM-IV-TR, 2002). Relativamente ao diagnóstico da PHDA, este manual refere que a perturbação requer a presença persistente e perturbadora de, pelo menos, seis sintomas numa lista de dezoito, metade destes relacionados com problemas de atenção, e a outra metade relacionada com problemas de hiperatividade/impulsividade.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (DSM IV – TR, 2002)

A. (1) ou (2):

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

Falta de Atenção

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;
- (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;
- (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);
- (g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- (i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade – impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento.

Hiperatividade

- (a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- (b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- (e) com frequência “anda” ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;
- (f) com frequência fala em excesso.

Impulsividade

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

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

(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).

In: Associação Americana de Psiquiatria, 2002

Passamos de seguida a citar, segundo a APA (2002, p. 85), no DSM-IV-TR, alguns dos critérios que servem de orientação para o diagnóstico desta perturbação.

“A) A característica essencial de PHDA é 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;

B) Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam problemas devem ter-se manifestado antes dos sete anos de idade. Contudo, muitos sujeitos são diagnosticados depois de os sintomas terem estado presentes durante vários anos, especialmente no caso de indivíduos com o Tipo Predominantemente Desatento;

C) Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em duas situações (por exemplo em casa, na escola ou no trabalho);

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

E) A perturbação não ocorre exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade)”.

A heterogeneidade desta população reflete a forma como as características, que podem ser consideradas comuns em todos os indivíduos com PHDA, se repercutem em cada indivíduo. Algumas crianças apresentam uma maior predominância de sintomas de falta de atenção, e outras de impulsividade/hiperatividade. Como tal, o diagnóstico deve ser feito de acordo com cada um dos subtipos (APA, 2002, p. 87):

“A Codificação deve ser baseada no tipo:

- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto: se estão preenchidos os critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses;
- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Desatento: se está preenchido o critério A1 mas não o critério A2 durante os últimos seis meses;
- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: se o critério A2 está preenchido mas não o critério A1 durante os últimos 6 meses.”

De acordo com a APA (1994), deve especificar-se que o diagnóstico está em remissão parcial, se os adolescentes e adultos, atualmente, tenham sintomas mas não preencham todos os critérios.

Segundo alguns autores (Barkley, 1998; Shelton, & Barkley, 1995), os critérios de diagnóstico da PHDA apresentam simultaneamente vantagens e desvantagens. Posto isto, no diagnóstico da PHDA, não só devemos ter em conta se a perturbação existe mas o grau em que as características estão presentes e a forma específica de como a perturbação afeta o indivíduo em vários contextos (casa, escola, pares, etc.).

A dicotomia (presente/ausente) e indefinição em função das fases do desenvolvimento é um dos grandes problemas colocados pela utilização dos critérios do DSM-IV (Barkley, 1998). No entanto, o mesmo autor refere que os critérios de diagnóstico utilizados nos dias de hoje, no DSM-IV, são os mais rigorosos e derivados empiricamente de toda a história da PHDA.

O comité responsável pelos estudos conducentes a estes critérios foi constituído pelos mais prestigiados investigadores na área e foram derivados de inúmeras revisões bibliográficas e ainda a partir de um conjunto de escalas e questionários de despiste da perturbação.

Segundo Barkley (2006), os critérios do DSM-IV apresentam claros progressos em relação aos anteriores.

2.6 - Características que podem surgir associadas à PHDA

Muitas são as características que podem surgir relacionadas com esta perturbação, mas nem todas as crianças com PHDA apresentam essas características. Para DuPaul e Stoner (2007), a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade atraem outras dificuldades. Estas dificuldades, embora não ocorram em todas as crianças com esta perturbação, elas aparecem num número significativamente mais elevado do que seria esperado para a generalidade das crianças, não podendo por esse facto serem ignoradas.

Os problemas ao nível cognitivo e académico são, provavelmente, aqueles, que têm maior impacto em contexto de sala de aula. Abrangem dificuldades intelectuais ligeiras; deficiências moderadas ou graves no funcionamento adaptativo e no desempenho académico; e risco acrescido de desenvolvimento de Dificuldades de Aprendizagem (DA) (Barkley, 2006).

Essas crianças têm diversas dificuldades de aprendizagem, que leva a atrasos em algumas áreas de conteúdo, nomeadamente a leitura, a escrita, a expressão oral, o cálculo, entre outras. (Falardeau, 1999).

O aparecimento precoce de DA pode conduzir à PHDA ou vice-versa. Os dados divulgados por alguns investigadores indicam que esta perturbação não implica o aparecimento, a longo prazo, de Dificuldades de Aprendizagem mas, DA precoces, podem estar associadas ao aumento dos sintomas da PHDA, ao longo do desenvolvimento (MacGee & Share, 1988, cit. por Barkley, 2006).

Existe investigação que colocou dúvidas acerca das crianças com PHDA terem desempenhos intelectuais inferiores aos seus pares e irmãos. Barkley (2006, p. 123) avançou com uma hipótese sobre esta questão, que aponta as “dificuldades na inibição comportamental e nas funções executivas, presentes nas crianças com PHDA, como as responsáveis pela eventual relação negativa que se estabelece entre a PHDA e o QI. Isto sucede, porque a avaliação do QI está relacionada com as funções executivas, nomeadamente com a memória de trabalho, com a internalização do discurso e com o desenvolvimento do pensamento verbal, que no caso destas crianças, encontram-se deficitários. Assim, estima-se que entre 3 a 10 % da variância no QI, se deva aos sintomas da PHDA e não às DA por si só.”

A dificuldade de autorregulação das emoções é uma das principais características enumeradas no campo das Emoções e Afetividade, para as crianças com PHDA. A

irritabilidade, a hostilidade, a excitabilidade e uma hiper-reatividade emotiva são frequentemente descritas como características de crianças com PHDA (Barkley, 1990).

Os problemas de relacionamento que surgem ligados ao comportamento de crianças com PHDA, acontecem devido ao conflito entre um contexto escolar exigente sob o ponto de vista das regras sociais e o recurso a comportamentos que são contrários aos sintomas que apresentam. As dificuldades que demonstram a nível dos relacionamentos com os seus colegas, através de comportamentos disruptivos, com desobediência a regras e a figuras representativas de autoridade, bem como os problemas de conduta (mentir e roubar), são exemplo disso (DuPaul & Stoner, 2007).

Estas crianças estão ainda sujeitas a um maior risco de sofrerem acidentes, uma vez que têm tendência para se envolverem em atividades perigosas, sem medirem as suas consequências. (Lopes, 2004).

As características desta perturbação podem variar consoante o sexo, ou seja, as crianças do sexo masculino com PHDA terão mais tendência ao insucesso escolar, (Whalen & Henker, 1980, cit. por DeHass & Young, 1984).

Paulauskas & Campbell, (1979, cit. por DeHass, 1986) referem que os rapazes apresentam também maiores problemas em termos de relação social.

Outro dos fatores da variabilidade é o contexto. As características da PHDA variam em grau de severidade da sua expressão consoante a situação a que a criança está sujeita Barkley (1998).

2.7 - PHDA e Comorbilidades Psiquiátricas

Para além dos problemas associados que referimos anteriormente, as crianças/jovens com PHDA podem ainda apresentar uma série de outros problemas. Têm sido feitos estudos em relação à comorbilidade entre a PHDA e várias Perturbações Psiquiátricas, como a Perturbação de Oposição e Conduta, a Perturbação do Humor e da Ansiedade, a Doença Bipolar, as Perturbações Psicossomáticas e o Síndrome de Tourette, que atingem taxas de comorbilidade significativas entre estas perturbações.

Segundo Falardeau (1999), a reação oposição/provocação, não é característica das crianças hiperativas, mas afeta-as prematuramente. Os motivos são ainda desconhecidos, mas supõe-se que esta reação seja provocada por uma desordem bioquímica ao nível cerebral, tal como a hiperatividade.

De acordo com Cuberos (1997), um outro problema que pode estar associado à PHDA, é a imaturidade afetiva. Desta forma, é de referir que mais de metade das crianças com esta perturbação tem associada uma imaturidade afetiva que poderá ser traduzida por uma reação exagerada em certas situações. Tornam-se rapidamente superexcitadas e muito difíceis de controlar. Essa imaturidade conduzirá a dificuldades de integração social. Integrar-se-ão dificilmente nas atividades sociais, desde os jogos de recreio às festas de aniversário, uma vez que o grupo de amigos onde estas crianças estão inseridas, geralmente, tem uma idade inferior à sua.

Como avaliar a PHDA

Diagnosticar crianças/jovens com PHDA é uma tarefa difícil. Avaliar é um processo de recolha de dados com o objetivo de descrever e analisar problemas, bem como o tomar decisões (Salvia & Ysseldyke, 1991).

Cada criança tem comportamentos diferentes das outras e não existe nenhum teste rigoroso que confirme, com toda a certeza, se a criança tem PHDA. Segundo Cuberos (1997), existe uma certa confusão entre a PHDA e outras perturbações da infância.

De acordo com Batshau (1990), os testes psicológicos podem mostrar uma discrepância entre o desempenho verbal e visual-percetivo. E os testes educacionais, normalmente, revelam, com maior clareza, um problema de atenção e de dificuldade de aprendizagem.

Para cada um destes critérios comportamentais ser considerado válido, Nielsen (1997) menciona que é necessário que este se repita, mais vezes, numa criança com PHDA, do que numa criança com a mesma idade e considerada normal. Outro aspeto a ter em conta é que estes comportamentos são inapropriados à idade, ao nível de desenvolvimento da criança e verificam-se em diferentes contextos.

Os sintomas que aparecem unicamente num contexto, devem ser alvo de uma avaliação mais cuidada, de modo a ver se não são de origem psicológica. Para se evitar complicações, quer no diagnóstico, quer depois do tratamento, é necessário que a avaliação seja realizada por profissionais bem treinados, entre os quais, pediatra do desenvolvimento, psicólogo especializado no trabalho com crianças, psiquiatra ou um neurologista pediátrico (Nielsen, 1997).

A avaliação da criança com PHDA deve passar por diferentes fases: uma avaliação médica, uma avaliação comportamental e uma avaliação cognitiva e académica.

Segundo Boavida, Porfirio, Nogueira e Borges (1998), a avaliação médica deve incluir a história pessoal e familiar, fatores de risco (pré, peri e pós natais), exame físico, avaliação do neuro-desenvolvimento, da visão e da audição.

A avaliação comportamental, segundo Boavida *et al.* (1998), deve incidir nas componentes da PHDA, nomeadamente a atenção, atividade e os impulsos.

Na avaliação cognitiva e académica o objetivo é estabelecer o perfil psicométrico e o desempenho académico. Deste modo, podemos determinar as áreas fracas e fortes, recolher informação sobre as capacidades intencionais de aprendizagem e de inteligência, para que possam constar no processo individual de intervenção (Boavida *et al.*, 1998).

Para Boavida *et al.* (1998), não existe nenhum sinal físico, nem alteração de resultados de análise que possam confirmar ou negar um diagnóstico. Este diagnóstico é, essencialmente, clínico baseado em critérios comportamentais. A avaliação desta perturbação implica a utilização de diferentes instrumentos, com diferentes objetivos e realizada por uma equipa multidisciplinar. Na maior parte das vezes, a avaliação desta perturbação tem como objetivo a determinação do diagnóstico. O trabalho multidisciplinar é fundamental no diagnóstico e na intervenção.

A avaliação desta perturbação 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 comorbidade e ainda 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).

O diagnóstico desta problemática, segundo a APA (2002), requer que a criança preencha os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002), de forma a minimizar os riscos de sobreidentificação e subidentificação uma vez que os referidos critérios reúnem um maior consenso no corpo clínico.

De acordo com a APA (2002), o diagnóstico resulta da síntese de um conjunto de informação recolhida junto da família, escola e do próprio indivíduo, de entrevistas e de uma observação direta. No entanto, o DSM-IV-TR (APA, 2002) apresenta algumas limitações no plano da avaliação:

- Os estudos, para o desenvolvimento e testagem dos critérios de diagnóstico, foram realizados com indivíduos institucionalizados;
- O número de critérios baseia-se em dados empíricos;
- Os atuais critérios de diagnóstico não têm em conta as diferenças de género nem a influência da idade;
- As características comportamentais são subjetivas e sujeitas a interpretações pessoais dos observadores.

O diagnóstico desta perturbação deve ser elaborado tendo por base as informações constantes nos dados clínicos e em outros instrumentos de avaliação. Deve ter-se em atenção a confirmação dos sintomas por parte de pessoas que lidam, diariamente, com a criança.

A informação recolhida junto dos intervenientes no processo educativo deve ser feita através de entrevistas, questionários, listas de verificação e escalas de avaliação. É também importante avaliar o contexto familiar e o estilo parental.

Desenvolvimento dos Processos de Avaliação e Metodologias de Intervenção em relação à PHDA

Desde da década de 70 que há investigações que indicam que as crianças com PHDA parecem ter pais com a mesma problemática ou pelo menos com outras perturbações psiquiátricas (Cantwell, 1975, cit. por Barkley, 1998, Morrison e Stewart, 1973, cit. por Barkley 1998). Atualmente, estima-se que 66% dos casos de PHDA na infância se mantêm na idade adulta (Barkley, Fisher *et al.*, 1990, cit. por Barkley, 1998).

Nos anos 80 surgiram novos instrumentos de avaliação da PHDA. Apareceram escalas de avaliação para além das escalas de Conners até então muito utilizadas. As escalas de Achenbach, designadas Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach e Edelbrock, 1983, 1986), o sistema de Gordon (Continuous Performance Test-CPT, 1983) as AcTeRS (Ullman *et al.*, 1987 cit. por Barkley, 1998), o Home Situation Questionnaire – HSQ, Barkley Edelbrock, 1987), o Child Attention Profile (CAP, Barkley, 1987) e a PHDA Rating Scale-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998), são novos instrumentos que permitem estudos mais sistematizados (Melo, 2003).

Deu-se nova ênfase aos processos de observação direta do comportamento, através de medidas específicas como os questionários e códigos específicos para observação em contexto escolar (Gittelman, 1988, cit. por Barkley, 1998).

Nesta altura dá-se também muita importância à combinação entre metodologias de intervenção, nomeadamente, as de natureza cognitiva-comportamental, para além da medicação.

Estas metodologias são sobretudo desenvolvidas em contextos ecológicos (família e escola). São também desenvolvidos programas de educação parental e de modificação de comportamento na sala de aula, bem como o treino de competências sociais.

Os anos 90 foram muito ricos em avanços científicos sobre questões de genética, neuro-imagem e sobre um maior conhecimento da PHDA na idade adulta. Houve um aumento do interesse, da sociedade em geral, pela PHDA o que originou nos E.U.A. o aparecimento de muitas associações de pais.

Foi uma década de estabelecimento de consensos internacionais a todos os níveis, começando pelos critérios de diagnóstico vigentes nos diferentes sistemas de classificação, até aos documentos publicados com normas diretivas sobre avaliação e intervenção (American Academy of Pediatrics, 2000).

As mudanças ao longo da história foram significativas nos conceitos, nas atitudes e nas respostas face à problemática da deficiência, termo substituído quase completamente pela terminologia das Necessidades Educativas Especiais e ao seu âmbito de ação.

Durante o século XX, as modificações ocorridas na sociedade em geral tiveram repercussões na escola e nas respetivas práticas pedagógicas. A par destas mudanças, a educação de crianças com Necessidades Educativas Especiais em Portugal foi evoluindo através de diferentes perspetivas e diferentes metodologias de intervenção.

Esta filosofia de intervenção surge a partir da Declaração de Salamanca (1994) ao afirmar que:

As crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança capaz de ir ao encontro destas necessidades. As escolas regulares, ao seguirem esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando, comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos (p. 6).

Em Portugal, estas mudanças fizeram-se sentir acompanhando a tendência internacional. Foram criados os Apoios Educativos para darem apoio a crianças com Perturbações do Comportamento e da Aprendizagem.

Foram criadas, nas Escolas Superiores de Educação e nas Universidades cursos de especialização em diferentes áreas (Motora, Cognitiva, Língua Gestual, Braille) de professores para darem apoio a crianças com NEE.

O decreto-lei n.º 319/91, de 23 de agosto revogado pelo decreto-lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro e o Despacho Conjunto n.º 105/97, de 30 de maio, revogado pelo Despacho 10 856/2005, de 13 de maio.

O Ministério da Educação, preconizou a partir daqui modelos de intervenção educativa para crianças com NEE, que pretendem introduzir mudanças significativas no âmbito do apoio a estas crianças, centrando na escola um conjunto de intervenções promotoras do sucesso educativo de todas as crianças. A partir daqui acentuou-se a crescente responsabilidade da escola regular pelos diversos alunos, sublinhando a importância do papel da família e referenciando a noção de uma Escola para Todos.

Em suma, acompanhando a permanente evolução geral e internacional da qual sofre nítidas influências, o Sistema Educativo em Portugal vai caminhando também num sentido da construção de uma escola inclusiva, democrática e de qualidade.

Intervir na PHDA

Devido à multiplicidade de complicações apresentadas por crianças com PHDA, nas mais variadas áreas do seu desenvolvimento, convém referir a importância da intervenção.

As formas de intervenção mais estudadas no âmbito desta perturbação começaram por ser a medicação, a intervenção comportamental e a intervenção cognitivo-comportamental. No entanto, subjacente a estas investigações, persiste a dificuldade de não existir cura para esta perturbação, mas sobretudo formas e estratégias de a gerir e controlar (Lopes, 2004). As que, habitualmente, têm sido utilizadas na PHDA consistem na medicação, na intervenção centrada na criança e na implementação de programas de formação parental baseados, particularmente, nos princípios da teoria comportamental e social (Barkley, 1990; Matson, 1993, cit. por Anastopoulos, 1996; Sharry, 2004).

Rodrigues (2008) refere que a investigação tem comprovado a eficácia a curto prazo da intervenção farmacológica e das terapias comportamentais, apesar de não existirem certezas quanto aos seus efeitos a longo prazo. A dúvida coloca-se quanto à sua utilização, isolada ou combinada, devido ao impacto alargado dos sintomas da PHDA na vida de cada indivíduo. No seguimento destas ideias, que surge um dos mais conceituados estudos - *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD – MTA* -, realizado pelo Instituto de Saúde Mental dos E.U.A. (NINH), em 1992. Nesse estudo, “foram observadas 579 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade, durante 14 meses. O estudo teve como objetivo principal verificar diferentes programas de intervenção e revelou a diminuição de sintomas para todos os programas, após a intervenção (Smith, Barkley & Shapiro, 2006). Devemos realçar que a intervenção combinada foi a que se revelou mais eficaz, de acordo com os dados apurados nos três momentos de *follow-up* (24, 36, 48 meses) em que decorreu o estudo. Verificou-se que o desaparecimento das diferenças, estatisticamente significativas, entre o grupo submetido exclusivamente a medicação e a tratamento combinado e um declínio generalizado dos efeitos positivos da intervenção inicial” (Rodrigues, 2008, p. 10).

Esta perturbação pelo seu carácter multidimensional e devido aos comprometimentos que lhe estão associados não se pode reduzir a formas de intervenção isoladas mas, requer sobretudo uma visão holística que permita a combinação das mesmas (Shelton & Barkley, 1995).

Presentemente, as formas de intervenção com suporte científico quanto à sua eficácia são: a educação parental e dos professores acerca da PHDA; a psicofarmacologia; o treino parental (idade escolar) e intervenção na relação pais-filhos (adolescência); a terapia familiar; a modificação comportamental na sala de aula; a educação especial; o exercício físico regular; os grupos de suporte de pais e os serviços de apoio familiar (intervenções residenciais e intensivas) (Barkley, 2007, cit. por Rodrigues, 2008).

Intervenção ao nível Escolar

Numa grande parte dos contextos escolares atuais, ter dificuldade em permanecer sentado, falar muito, não levantar a dedo para falar, não terminar os trabalhos dentro do

tempo, não ter a capacidade de se organizar sozinho e ser conflituoso com os pares são comportamentos incómodos. Crianças com PHDA manifestam algumas dificuldades durante o seu percurso académico, sendo este o contexto em que as crianças e jovens passam a maior parte do seu dia, a escola enquanto agente educativo deve ser um dos principais palcos de intervenção com estas crianças.

Preparar a intervenção para estas crianças obriga a ver esta perturbação como uma situação crónica, ou seja, que não tem cura, mas que é possível tratar. Para além disto, é necessário ter presente, que estas crianças vão continuar a manifestar algumas dificuldades ao longo do seu percurso académico. Intervir com crianças com PHDA é difícil, requer persistência e método (Barkley, 2006).

DuPaul e Stoner (2007, pp. 127-128), apontam um conjunto de pressupostos em que deve assentar a intervenção escolar:

- “A PHDA deve ser vista como uma situação grave, que se mantém ao longo do tempo e que tem associados comportamentos de difícil gestão em sala de aula;
- Os comportamentos sociais e académicos estão inter-relacionados e derivam de problemas ligados à instrução;
- Os profissionais envolvidos com crianças com PHDA devem adotar uma perspetiva educativa para os problemas de comportamento;
- Lidar de modo eficaz e educativo com os problemas de comportamento, obriga ao desenvolvimento e à implementação de programas e planos de apoio ao professor;
- Os profissionais responsáveis pelo apoio ao comportamento de crianças com PHDA devem ter treino profissional adequado.”

Os pressupostos referidos obrigam a uma intervenção abrangente, com várias áreas de atuação e que se concretiza, através de vários programas estruturados de gestão da PHDA, em contexto escolar.

Assim, Rodrigues (2008) menciona que a educação e a formação de professores sobre a PHDA, é uma das áreas a intervir. Este facto reveste-se de maior importância, uma vez que a investigação tem vindo a demonstrar que o conhecimento e a atitude do professor face à PHDA influenciam a sua disponibilidade para a intervenção em contexto de sala de aula (Bekle, 2004). Aqui podemos incluir ações de sensibilização e

de formação sobre aspetos conceptuais e de intervenção da PHDA, que clarifiquem a natureza, causas, curso e tratamento junto dos professores (Barkley, 2006).

Outra área de intervenção é a relação escola/casa que visa, essencialmente, a parceria para a aplicação de técnicas específicas de modificação de comportamento. Neste caso, é imprescindível que os professores e os pais tenham uma visão real da PHDA, tanto a nível de conhecimento, como de objetivos realistas para as suas intervenções e estejam motivados a levar adiante esta colaboração. Em muitos casos torna-se necessária a intervenção de um técnico experiente, uma vez que professores e pais tendem a culpabilizar-se pelo insucesso da criança. As técnicas mais utilizadas neste tipo de abordagem são os Cartões de Objetivos e os Cartões de Avaliação do Comportamento Diário, que transitam entre a escola e a casa (Rodrigues, 2008).

A área comportamental é uma das principais áreas de intervenção em contexto escolar. Inclui a intervenção comportamental, a autorregulação, a modificação do contexto, do currículo e a relação escola/casa. Esta intervenção deve atender à aprendizagem de competências para a automonitorização e incluir objetivos respeitantes ao desempenho académico e não apenas ao comportamento. Esta área inclui aspetos relacionados com a modificação do contexto físico da sala de aula, onde devem ser tidos em conta a localização da criança na sala, a organização da área de trabalho, o posicionamento dos recursos pedagógico-didáticos e a utilização de elementos organizadores. Abrange ainda a modificação do comportamento através do uso de “Contratos de Comportamento”, do “*time-out*”, do “sistema de trocas” e do “custo de resposta”, entre outras. Estas técnicas implicam uma utilização sistemática e continuada, de modo a serem eficazes (Rodrigues, 2008, p. 14).

Direcionadas para os comportamentos impulsivos, em conjunto com as técnicas de modificação do comportamento, utilizam-se as técnicas de autorregulação, sendo as mais conhecidas a automonitorização, o autorreforço/autoavaliação, a autoinstrução e a resolução de problemas. Estas técnicas parecem ter efeitos pouco relevantes no contexto onde são aplicadas (Barkley, Copeland & Sivage, 1980, cit. por Rodrigues, 2008).

Dentro da área comportamental estão as alterações ao currículo, a modificação das tarefas académicas e as metodologias de ensino. Assim temos, a aprendizagem com recurso às novas tecnologias, as modificações do currículo (Barkley, 2006) e os métodos de avaliação, privilegiando-se neste caso, a avaliação oral e faseada. Os materiais de suporte à aprendizagem devem também ser adaptados, optando-se por perguntas simplificadas e com pouca informação (Rodrigues, 2008).

Por último, temos o recurso a um tutor e o treino de competências sociais. A primeira baseia-se na presença de um par que ajuda o colega com PHDA, durante o decurso das tarefas académicas e na aprendizagem de técnicas de autorregulação. A segunda é alvo de alguma controvérsia, uma vez que os seus resultados não têm sido os mais eficazes, tendo-se revelado positivos apenas quando há, em comorbilidade, agressividade (Erhardt & Hinshaw, 1994, cit. por Barkley, 2006).

Para além das áreas de intervenção e dos respetivos programas a elas associados, importa referir outros fatores de ordem prática e conceptual. Nesta perspetiva, DuPaul e Stoner (2007), recomendam particular atenção a alguns princípios a ter em conta no planeamento dessa intervenção.

Uma das situações que acontece com frequência nas escolas é o recurso a medidas reativas e punitivas para se tentar alterar os comportamentos de alunos desatentos. O professor recorre com frequência à reprimenda verbal ou expulsa o aluno da sala quando é confrontado com uma situação disruptiva (White, 1975, cit. por DuPaul & Stoner, 2007). Este tipo de atuação só tem resultados positivos quando aplicada em circunstância muito próprias. Mais eficaz é “a aplicação de estratégias preventivas e reativas, que possibilitam ao professor a manipulação das situações que, normalmente, antecedem os comportamentos indesejáveis para que as interações problemáticas não ocorram. Estas estratégias devem ser acompanhadas muito mais, pela utilização do reforço positivo, sempre que ocorrem comportamentos apropriados, em vez do recurso à punição” Lopes (2004, p. 129).

A este propósito o mesmo autor (p. 205), refere que as regras de ouro para lidar com os alunos em geral são a “instrução e a prevenção”, ou seja, na sua opinião, o Professor deve “centrar o trabalho nas tarefas académicas e criar um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos disruptivos sejam mais prevenidos que corrigidos e em que o professor (...) seja mais proactivo que reativo.”

Outro princípio a ter em conta, quando se pretende sucesso na intervenção com crianças défice de atenção, é procurar que a estratégia utilizada seja aplicada o mais próximo possível da ocorrência do comportamento alvo. Se o problema se deve à atenção e à conclusão dos trabalhos de matemática, por exemplo, então a implementação da estratégia deve acontecer na aula de matemática no momento em que a criança deve concluir o trabalho. Quando mais distanciadas do momento e do lugar da ocorrência forem aplicadas as estratégias, menos provável é o seu êxito. Esta situação acontece em resultado da impulsividade que parece ser a responsável pelas dificuldades

de atenção e outros problemas na PHDA (Barkley, 1997, cit. por DuPaul & Stoner, 2007). Ainda de acordo com DuPaul e Stoner (2007), para se alterar um comportamento impulsivo é necessário fazê-lo quando e onde o problema acontece.

É preciso equacionar a intervenção para crianças com problemas de atenção de forma individualizada, para além de se atender à ação no momento em que ocorre o comportamento indesejado. Há tendência para se pensar a intervenção baseada na ideia que todas as crianças com esta perturbação ou perfil de comportamento têm as mesmas necessidades de apoio, o que não corresponde à verdade. Por este motivo, é preciso ter em atenção: o nível de desempenho académico da criança; a caracterização em termos e função ambiental do comportamento problemático; o comportamento alvo e/ou os resultados mais preocupantes para professores, crianças e pais; e o tipo de instrução utilizada pelo professor que pode limitar a eficácia de algumas intervenções (DuPaul & Stoner, 2007).

Por último, a intervenção em PHDA não deve ser centrada no professor, ela pode e deve recorrer a outros intervenientes como os pais, os colegas e as próprias crianças com PHDA (Teeter, 1998, cit. por DuPaul & Stoner, 2007). Em vez do professor se tornar o único responsável pela abordagem pelas dificuldades da criança, ele deve dividir essa responsabilidade com outros intervenientes no processo educativo, de modo a criar uma estratégia de intervenção mais alargada e abrangente, aumentando assim as possibilidades de sucesso (DuPaul & Stoner, 2007).

Depois de tidos em consideração os aspetos anteriormente referidos, como linhas genéricas de orientação, no planeamento da intervenção em contexto escolar, importa também atender a aspetos direcionados para o planeamento da intervenção que visa os comportamentos de alunos com PHDA, já que estes são o problema que causa maior impacto em sala de aula.

Deste modo, a intervenção comportamental deve atender aos seguintes aspetos:

- Para que possam ser traçadas estratégias de intervenção precisas e adequadas, os intervenientes no planeamento da intervenção devem apostar numa avaliação rigorosa dos problemas específicos, apresentados em sala de aula;
- O *feedback* transmitido a estes alunos, deve ser frequente e específico, de modo otimizar o seu desempenho, deve incluir reforços e/ou recompensas, a serem atribuídos no momento da manifestação do comportamento desejado (as crianças com PHDA tendem a escolher recompensas mais

pequenas e imediatas, em vez de outras maiores e mais demoradas após a conclusão dos trabalhos);

- O elemento fundamental de um programa de intervenção para a modificação comportamental deve ser o reforço positivo, contudo é necessário considerar que o uso exclusivo do reforço positivo pode desviar a atenção da criança para a tarefa solicitada, pelo que o mais indicado nesta situação é utilizar, em conjunto com o reforço positivo, as consequências negativas (reprimendas leves, realizadas de um modo breve, calmo e de forma particular), de modo a reorientar a criança;
- Sempre que o comportamento a alterar se prenda com a realização de trabalho autónomo, é conveniente que o mesmo não envolva demasiados passos e as instruções dadas à criança devem ser repetidas por esta, no sentido de a centrar na tarefa; os trabalhos de casa devem também ser divididos em unidades mais pequenas e a quantidade deve ser reduzida de início, sendo progressivamente aumentada à medida que a criança evidencie capacidade de conclusão independente de tarefas cada vez maiores; as tarefas repetidas e rotineiras devem ser evitadas, uma vez que estas crianças desistem facilmente quando confrontadas com as mesmas;
- O desempenho académico e os seus produtos devem ser o foco da intervenção e não tanto os comportamentos desajustados relacionados com a tarefa (é mais útil orientar a criança para o trabalho académico do que tentar controlá-la através de estratégias comportamentais);
- As atividades preferidas da criança, por exemplo, atividades de escolha livre ou acesso ao computador, devem ser utilizadas como reforços, em vez do uso de recompensas concretas; os reforços específicos devem ser alternados e variados de modo a evitar o desinteresse; o professor deve perceber junto da criança, quais são as suas atividades preferidas, em vez de se basear em deduções e criar uma lista de recompensas;
- O professor deve antecipar, em conjunto com o aluno, as recompensas das quais poderá usufruir em sala de aula, antes do início do trabalho académico, escolhendo a atividade em que gostaria de participar (este cuidado melhora o valor do reforço positivo);

- A implementação do programa de intervenção deve ser avaliado e monitorizado, com vista a efetuar ajustes ou mudanças nas etapas do próprio programa, este aspeto é muito importante para que a aplicação do programa seja feita de forma íntegra e fiel ao planeado inicialmente.

(Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007).

As crianças com PHDA apresentam, frequentemente, problemas de comportamento em sala de aula. Intervir neste contexto e nesta situação concreta significa implementar uma variedade de estratégias comportamentais e de aprendizagem, com vista à gestão dos problemas nestas áreas e ao sucesso escolar destas crianças.

Para que esta tarefa seja bem-sucedida é necessário conhecer a PHDA, as suas causas, evolução e tratamento. Em suma, é necessário ter consciência que o processo de intervenção envolve vários profissionais, que se estende no tempo, exige um processo de avaliação constante para cada etapa da sua implementação e que é uma tarefa sujeita a fracassos diários, ultrapassáveis apenas com uma abordagem sistemática e persistente na sua implementação.

Intervenção Farmacológica

Uma vez que a intervenção farmacológica pode complementar a intervenção realizada em contexto escolar, torna-se necessário referir alguns dos aspetos que abrangem a sua utilização.

Nesta intervenção utilizam-se três tipos de medicamentos: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos, sendo que a terapêutica com estimulantes é a utilizada com maior frequência por se considerar a mais eficaz (Swanson *et al.*, 1993). A administração deste tipo de medicamentos implica um estudo diário e detalhado do comportamento da criança e uma avaliação periódica feita pelo médico.

A primeira utilização de estimulantes em indivíduos com PHDA foi descrita por Bradley (1937, cit. por Melo, 2003), que num grupo de 30 crianças em idade escolar, verificou alterações de comportamento em 50% do total.

Barkley (2000), ao rever os estudos realizados sobre a utilização de medicação estimulante, concluiu que ocorreu uma melhoria temporária na capacidade de inibição do comportamento.

Os estimulantes mais comuns na intervenção desta perturbação são: a Ritalina®, a Concerta® e o Metadate® (metilfenidatos), a Dexedrina®, Adderall® e AdderallXR® (danfetaminas) e o Cylert® (pemolina).

Segundo Sousa (2004), esta medicação estimula áreas cerebrais que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo. Concretamente, atuam ao nível do transporte de moléculas de dopamina e de norepinefrina (Shelton & Barkley, 1995, cit. por Rodrigues, 2008), aumentando a sua disponibilidade no cérebro. Ao serem medicadas, as crianças/jovens com PHDA, tendem a comportar-se de forma mais semelhante a crianças sem esta problemática, ou seja, são capazes de controlar, direccionar o seu comportamento para o futuro libertando-se, progressivamente, de serem controladas puramente por fatores exteriores (Barkley, 2000).

Estima-se que aproximadamente 85% das crianças diagnosticadas com PHDA sejam medicadas (Chronis, Jones, & Raggi, 2006).

Sparks e Duncan (2008) mencionaram um estudo americano onde houve um aumento de 369% nos gastos com medicamentos para intervir na PHDA, em crianças com menos de 5 anos. Deste modo, registou-se pela primeira vez na história um aumento nos gastos com a medicação para os mais novos, destinado a problemas de comportamento. Estes valores foram superiores ao que foram gastos para tratar doenças do foro físico (Mdc Health Solution, Inc., 2004, cit. por Sparks & Duncan, 2008).

Chronis *et al.* (2006), coloca a possibilidade deste aumento estar relacionado com o facto de, no contexto escolar, se verificar que a medicação diminui o aparecimento de comportamentos desajustados e aumenta a produtividade e a concentração na realização das tarefas. No contexto social, a medicação apresenta resultados positivos nas interações com os pares, uma vez que esta diminui a ocorrência de comportamentos agressivos.

Contudo, o uso continuado de fármacos na intervenção com crianças com PHDA, pode provocar efeitos secundários: como insónia e perda de apetite (Barkley, 2004). Verifica-se a falta de trabalhos teóricos que comprovem a existência de efeitos benéficos a longo prazo da intervenção farmacológica. (Smith, Waschbush, Willoghby & Evans, 2000).

Shelton e Barkley (1995), referem que a intervenção farmacológica não deve ser a única forma de intervenção devido à falta de estudos teóricos que comprovem os efeitos positivos a longo prazo e efeitos secundários. Nem todas as crianças deverão ser sujeitas a esta medicação, devendo a prescrição ter em conta vários fatores (a idade da criança, a duração e severidade do problema e a motivação parental para o tratamento).

A eficácia geral da intervenção com estimulantes é limitada. Torna-se necessário o recurso a outras formas de intervenção (como por exemplo, a modificação comportamental), para otimizar a longo prazo as probabilidades de melhorias a nível comportamental e no aproveitamento académico das crianças com PHDA (DuPaul & Stoner, 2007). Neste sentido, atualmente é realizada a intervenção multimodal uma vez que é aquela que parece oferecer os melhores resultados na abordagem desta problemática, conforme está documentado no estudo *Multimodal Treatment Study of Children With ADHD* (MTA, 1999).

Educação Parental

Dos diversos modelos de envolvimento parental propostos aquele que, na nossa opinião, melhor explica os diferentes princípios do conceito é o de Epstein (1992). A autora desenvolveu um paradigma de envolvimento parental organizado em seis modalidades de envolvimento, de forma a facilitar a compreensão e o estudo das relações escola-família. De acordo com esta autora, os dois ambientes, escola e família, são vistos como esferas que podem ser afastadas ou aproximadas em função das práticas e forças interpessoais, existentes nos dois contextos.

A importância da sobreposição das esferas é afetada pelo tempo e pelo comportamento, determinado pelas características sócio demográficas, antecedentes, “filosofias” e práticas de cada um dos sistemas. Os seis tipos de categorias da relação, descritos por Epstein *et al.* (2009), cujo envolvimento vai ser importante para a aprendizagem e o desenvolvimento do estudante são: 1) Promover a participação dos pais/mães no espaço escolar estabelecendo com eles um bom suporte; 2) Melhorar a comunicação: designar e organizar diferentes formas de comunicar entre a escola, os programas e os progressos; 3) Voluntariado: recrutar e organizar ajudas e suportes para funções da escola e das atividades; 4) Divulgar informações e ideias para as atividades de aprendizagem em casa e orientar os pais para que estes façam a sua monitorização; 5) Envolvimento na tomada de decisão e gestão da escola, criando, por exemplo, as

associações de pais; 6) Envolver os serviços da comunidade e os recursos para fortalecer os projetos da escola e o desenvolvimento das crianças.

De acordo com Davies (1989), o envolvimento dos pais pode ser visto como uma forma de educação de adultos e de desenvolvimento pessoal que pode ter efeitos sociais e educacionais benéficos para além do impacto positivo nas crianças.

Os comportamentos de distração, agitação e impulsividade que caracterizam a PHDA parecem diminuir a qualidade das relações entre pais e filhos (Johnston & Mash, 2001, cit. por Chronis *et al.*, 2006).

Segundo Patterson, DeBaryshe e Ramsy (1989, cit. por Chronis *et al.*, 2006), os pais, ao longo do tempo, tendem a desenvolver estratégias educativas para lidar com os comportamentos desajustados dos seus filhos mas, estas podem ser prejudiciais ao influenciar a manutenção ou aumento da frequência.

Capítulo III – O Sistema Família

No presente capítulo, consideramos importante aprofundar alguns aspetos, que pensamos serem essenciais, relativamente ao conceito de família tal como é, atualmente entendido. Na nossa opinião, é pertinente falar sobre o ciclo vital a que a família fica sujeita. Analisamos a família do ponto de vista de alguns autores que a encaram como um sistema e finalmente verificamos o que nos diz a bibliografia sobre os fatores que podem levar ao *stress* familiar. O facto de pretendermos estudar as “*Perspetivas dos Encarregados de Educação sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*” levou-nos a fazer uma revisão bibliográfica sobre o conceito de “família”. Uma vez que esta está em constante interação com a criança, é nela que se efetivam as primeiras aprendizagens, onde se promovem os primeiros contactos com o mundo exterior e onde se adquirem as primeiras relações sociais.

3.1. O Conceito de Família

O núcleo familiar hoje, tal como em outros tempos, é a união inicial e fundamental, entre o indivíduo, a natureza e a cultura (Dias, 1996). A família é o início, onde começa a vida humana, é algo comum a todos os seres humanos. Todos nós nascemos numa família, em determinado contexto, contexto que irá influenciar as nossas vivências. Apesar de existir uma grande diversidade familiar, uns vivem na família biológica, outros em famílias de acolhimento, outros nas instituições, mas mesmo estes últimos consideram as pessoas que cuidam de si uma família, uma vez que foi com estas pessoas que ganharam laços afetivos, cuidaram deles quando mais precisaram.

O conceito de família tradicional, constituída por pais, filhos, avós e parentes mais próximos, tende a ser alterado. Uma das possíveis causas dessa mudança são as constantes modificações que se vão verificando na sociedade, devido a fatores políticos, temporais, religiosos e culturais. No entanto, estas mudanças não alteram algo que é comum a todo o ser humano: todos nascemos numa família, que por sua vez tem as suas características individuais como veremos de seguida.

A ligação da família com o ambiente foi apresentada por Bronfenbrenner (1979), que defende na sua obra intitulada “*The ecology of Human Development*”, um modelo

ecológico, considerando o ambiente em que a criança se desenvolve como um macro sistema com quatro níveis distintos entre si: num primeiro nível são consideradas as situações primárias (Microsistemas) de que fazem parte a família e a escola; num segundo nível encontram-se as interações entre essas estruturas (Mesossistema); as estruturas do terceiro nível (Ecosistema) são constituídas pelas situações que estão longe do alcance da criança, mas que a afetam, tais como: o tipo de emprego dos pais, o tempo disponível e o desemprego; no quarto e último nível, são consideradas outras situações que afetam a família, tais como: guerras, crises económicas e migração (Macrossistemas).

Desta forma, podemos dizer que para além da maturação biológica, o ambiente considerado relevante para o processo de desenvolvimento humano, não se limita ao contexto imediato em que se encontra o sujeito, mas engloba uma série de estruturas de níveis diferentes, interligadas entre si.

Para além da importância que tem uma situação de aprendizagem, há que entender que em cada mudança de nível existe a oportunidade de desenvolvimento e o risco desse mesmo desenvolvimento não ocorrer. Convém assinalar no âmbito deste trabalho, a relevância do Mesossistema, descrito como as interações entre a família e a escola.

Ao longo do tempo, o conceito de família tem vindo a sofrer variadas e profundas alterações no que se refere aos valores, modelos e funções (Pires, 2005). Com estas, as experiências das crianças e adolescentes são, inevitavelmente afetadas. Por este motivo, a família necessita de assumir novas configurações e novos papéis, estabelecendo entre os seus membros e a sociedade novas relações. Embora se discuta o papel da família, a sua composição, estrutura e organização atual, esta não deixa de continuar a “ser elemento-chave na vida e no desenvolvimento da criança” (Correia, 2005, p. 61). A sua estrutura, em contínua transformação e a multiplicidade de visões concede-lhe, no entanto, uma certa imprecisão temporal e espacial.

De acordo com Lopes (1997, p. 5), a família é uma organização que constitui um “(...) problema transtemporal e transcultural, na medida em que se trata de uma estrutura dinâmica e evolucionista”. Por outras palavras, Musgrave (1979, cit. por Santos, 2009) refere que a família se altera tanto perante as mudanças económicas como pelas políticas que se vão verificando na sociedade.

No que diz respeito à sua definição, começamos por fazer referência aos múltiplos conceitos presentes na literatura. Segundo Santos (2009, p. 31) quando cita Seraceno (1992) “a família revela-se como um dos lugares privilegiados de construção social da

realidade”. De acordo com o autor, a família, reproduz na sua dinâmica a realidade social em que está inserida, na qual as crianças aprendem as ferramentas essenciais para se moverem em sociedade, para crescerem e se desenvolverem. Efetivamente, é no núcleo familiar que a criança encontra um meio privilegiado para aprender e experimentar as relações com os outros. Segundo Firmino, Matos e Vaz Serra (1987, p. 148):

O ser humano é o mais dependente dos seres vivos. Após o nascimento, os pais, e de forma mais particular a mãe, vão constituir os seus grandes mediadores sociais. [...] Durante um número largo de anos, os pais controlam o comportamento do filho e condicionam-lhe a exploração do mundo e o acesso aos reforços.

No entendimento de Fazenda (2005), a família é uma unidade social que não é fácil definir. Para o autor, esta é baseada em laços de parentesco e afinidades estando em permanente mudança para se adaptar às necessidades dos seus membros, sendo algo que não se apresenta de modo nenhum estático no tempo.

Glat e Pletsch (2004) referem que a família é o primeiro grupo social ao qual o indivíduo pertence com fronteiras individuais são fluídas, onde tudo o que acontece com um dos membros afeta os restantes. Para Diogo (1998, p. 41), a família manifesta-se como “um espaço privilegiado de construção social da realidade em que, através das relações entre os seus membros, os factos do quotidiano individualmente recebem o seu significado”. Para o autor, a família é “um espaço educativo por excelência (...) considerado núcleo central do desenvolvimento (...) no qual se criam e educam as crianças, e onde as pessoas se encontram e convivem”. É no seio da família que a criança interioriza valores, atitudes e papéis. É na família que se desenvolve, de forma natural, o processo essencial de transmissão de costumes, de conhecimentos e de tradições (Reimão, 1994, cit. por Homem, 2002). Alarcão (2000) refere que a família é o lugar onde nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, possamos ter mais do que uma família. De acordo com a autora, a família é um espaço privilegiado para a elaboração de aprendizagens de dimensões significativas de interação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação e as relações interpessoais. É, ainda, o espaço de vivência de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade, tudo isto numa trama de emoções e afetos positivos ou negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem

somos e de pertencermos àquela e não a qualquer outra família. A família é ainda um grupo institucionalizado, relativamente estável e que constitui uma importante base da vida social.

De acordo com Musgrave (1979, p. 34 cit. por Santos 2009), a família é um núcleo de importância preponderante na aprendizagem do indivíduo, "especialmente no que toca aos papéis primários e a grande parte do conhecimento de atividades de rotina". Barata (1976) menciona que a família continua a ser preponderante no desempenho de uma boa socialização e indispensável para o equilíbrio sócio emocional dos seus membros. Relvas (2003, p. 16), reconhece a família como "(...) último bastião grupal, funcionando como matriz relacional e de criação de identidade, numa sociedade cada vez mais exigente e causadora de *stress*". Santos (1994, cit. por Albuquerque, 1997, p. 195), caracteriza a "família, na sua faceta de instituição, como forma de socialização organizada, que é um direito dos filhos e um dever dos pais", pois os que agora são pais já anteriormente foram filhos.

Como primeiro contexto educativo, é na família que a criança adquire os valores, crenças, atitudes e papéis que a estruturam no caminho do seu desenvolvimento. É a forma inicial e espontânea de transmissão de conhecimentos, costumes e tradições que a criança conhece (Reimão, 1994; Homem, 2002). A família constitui-se como um sistema de relações, quer seja entre os seus membros, quer seja com outros sistemas.

Atualmente, a socialização primária das crianças/jovens deixa de ser realizada exclusivamente pela família, ficando esta a ser permeável a maiores contatos com o exterior, como todos os desequilíbrios que daqui podem advir: a criança vai desde cedo para a creche, jardim-de-infância ou escola tendo cada vez menos contato afetivo com os pais; este fenómeno agrava-se com o aumento da escolaridade obrigatória, assim como o ingresso no mercado de trabalho mais tardio, fazendo com que a dependência social e económica relativa à família de origem aumente. Fazenda (2005), refere que temos assistido, nomeadamente, a partir do século XX, a uma transformação acelerada do papel da família na sociedade e da sua forma de organização interna, que muitas pessoas confundem com o prenúncio de uma decadência ou do desaparecimento da família. A autora considera que não é isso que vai acontecer, apesar das grandes transformações ocorridas, que estão entrelaçadas com as mudanças sociais ocorridas no último século, o seio familiar continua a ser o contexto em que se transmitem as aprendizagens fundamentais da nossa cultura e em que se encontram as melhores condições para o crescimento harmonioso dos seus membros.

Glat (2004), por sua vez evidencia a família pela sua função formativa e determinativa no que concerne ao desenvolvimento afetivo e cognitivo de cada criança, bem como à aprendizagem de atitudes indispensáveis para melhorar nos papéis sociais que desempenha ao longo do seu processo de socialização. A autora reflete ainda sobre a importância que a família demonstra ter para o incremento do desenvolvimento global da criança com NEE e para a sua inclusão social. Assim, a família afigura-se como um “espaço educativo por excelência podendo considerar-se núcleo central do desenvolvimento da criança”, uma vez que é no seu interior que ela aprende a viver, a ser e a estar (Bernardes, 2004, p. 23).

Segundo Silva e Denssen (2001), a família constitui o primeiro universo de relações sociais, podendo proporcionar à criança com deficiência um ambiente favorável de crescimento e desenvolvimento. A preponderância da família no que se refere ao desenvolvimento da criança dá-se através das relações estabelecidas por meio de uma via fundamental, a comunicação.

3.2 A Família de Crianças com Necessidades Educativas Especiais

Pareceu-nos pertinente, pelo tema da nossa investigação, abordar com maior pormenor o que refere a bibliografia relativamente à família de crianças com NEE. Desta feita, iremos abordar as reações dos pais ao “depararem-se” com um “filho diferente”, o seu papel na intervenção do filho, as suas perspetivas/ preocupações e finalmente faremos uma breve referência aos fatores de *stress* na família com um indivíduo com necessidades educativas especiais. Glat (2004) alerta-nos para o facto de que quando surge na família uma criança com NEE, a sua estrutura familiar básica quebra-se, surgindo desta forma uma crise no grupo que decorre de um conjunto de situações, sentimentos e emoções difíceis de compreender e aceitar.

(...) os dois principais desafios com que tais famílias se confrontam: por um lado, como obter serviços de qualidade adaptados às necessidades individualizadas de cada criança, por outro, como educar em família uma criança com determinada deficiência (Magerotte, 1997, p. 128).

De acordo com Pereira (1996), o aparecimento de uma criança com deficiência vai desencadear, no seio da família, uma série de reações. A investigadora refere ainda que quanto mais grave for a deficiência da criança, maior será a angústia do agregado

familiar, especialmente dos pais, perante uma situação nova, inesperada, desconhecida e perturbadora.

Na verdade, quando um filho nasce, a dinâmica familiar altera-se em virtude deste acontecimento. Mas quando as famílias se deparam com as eventuais Necessidades Educativas desse filho, tal como Magerotte (1997, p. 128) refere, colocam-se algumas dúvidas: “O que fazer? Como educar? Como ajudar e contribuir para o desenvolvimento e para a felicidade deste filho?”.

Na opinião de Glat (2004, p. 1), a família com a presença de um filho com NEE impõe “(...) um trabalho de fortalecimento e flexibilização da dinâmica familiar para a promoção do desenvolvimento global e inclusão social” do mesmo.

As relações e interações do sistema familiar estão sujeitas a maior pressão e, quer internas ou externas, a maior desgaste, uma vez que a realidade das NEE causa a necessidade de um esforço suplementar (Magerotte, 1997). A pressão que estas famílias vivem, acentua-se durante os vários períodos do percurso escolar do filho.

Outros autores mencionam que o impacto do nascimento de uma criança com deficiência é tão forte que pode comprometer o vínculo, a aceitação, a compreensão das informações, a alteração na rotina diária, dos sonhos e dos projetos de cada membro da família, que se desestrutura sendo necessário um longo processo para que retome o equilíbrio (Petean & Murata, 2000).

Creekmore (1988, cit. por Correia, 1999, p. 152) destaca que “o nascimento de uma criança causa em qualquer família mudanças estruturais no seu núcleo às quais terá que se adaptar, sendo que (...) a existência de uma criança com NEE no seio de uma família vem agravar essas mudanças”. Para Fewell (1986, cit. por Coutinho, 2004, p. 55), as exigências da situação “(...) podem dificultar a capacidade da família para funcionar eficazmente e torná-la mais vulnerável a influências, situações e transações com o envolvimento”.

De acordo com Amaral (1995), o impacto da deficiência na família desperta polaridades entre o amor/ódio, alegria/sofrimento e ainda as reações de aceitação/rejeição e euforia/depressão. O autor refere ainda que os pais passam por um estado psíquico de perda e morte do filho desejado e idealizado e para receber o filho real torna-se necessário viver um processo de luto.

Na continuação deste pensamento, Glat e Pletsch, (2004, p. 1) referem que a presença de um filho com Necessidades Educativas Especiais “(...) provoca na família,

sobretudo nos pais, sentimentos de luto, comparados à dolorosa experiência de perda de alguém amado por morte ou por separação”.

Amaral (1995) revela que a relação da família com o seu filho com Necessidades Educativas Especiais orienta-se pela ambivalência de sentimentos, que variam entre as características reais da criança e as suas eventuais possibilidades, com a estigmatização que a sociedade atribui ao seu filho diferente e, pela manutenção de que a sua condição será sempre de dependente.

Este acontecimento, pode ainda provocar no seio familiar, independentemente do seu contexto socioeconómico, fontes de *stress* a vários níveis: económico, afetivo, emocional, social, entre outros (Pereira, 1996).

Allen (1992), citado por Correia (1999, p. 152), identifica “nove fontes de stress que as famílias com crianças com NEE vivenciam: tratamentos médicos muito caros, por vezes dolorosos, hospitalizações; mais despesas e dificuldades financeiras; algum desalento ou preocupação excessiva; contrariedades relacionadas com o transporte e de dispensa do trabalho; dificuldades em arranjar alguma pessoa que fique com a criança; as rotinas são difíceis; a fadiga constante, a escassez de sono e o tempo livre é escasso; ciúmes ou sensação de rejeição por parte dos irmãos; podem surgir algumas dificuldades matrimoniais”.

Nobre, Montilha e Temporini (2008, p. 47), atribuem à família um papel fundamental na integração da criança, função que “(...) consiste na compreensão da família, respeito pela deficiência da criança e sua efetiva participação”. É por esta razão que Silva e Dessen (2001, cit. por Nobre, Montilha & Temporini, 2008, p. 47), representam a família como “(...) um grupo de dinâmicas e relações muito diversificadas, cujo funcionamento muda em decorrência de qualquer alteração em um dos seus membros ou no grupo como um todo”.

Dias (1998) defende que quando os familiares são confrontados com o nascimento de uma criança com NEE as competências que se pensa, à partida, que os pais terão para lidarem com a situação, são ameaçadas. O autor acrescenta ainda, que a partilha simbiótica que normalmente se manifesta entre pais e filhos sofre ruturas, podendo-se observar interações de menor qualidade. A família perde a capacidade de manutenção de um equilíbrio interno no seu próprio seio e, externamente, reduz as interações que poderia estabelecer com outras unidades sociais.

As estratégias que as famílias elegem para a educação de uma criança com NEE procedem diretamente das características estruturais e funcionais de cada uma delas.

Cada família no seu conjunto apresenta diferentes percepções e entendimentos da realidade, da mesma forma que cada uma delas tem diferentes expectativas e recursos. O próprio *background* de cada família varia na proporção direta do número de famílias, embora haja acontecimentos ou vivências transversais a todas elas (Correia, 1999).

Na revisão da literatura encontramos diferentes autores (Buscaglia, 1993; Góngora, 1998; Niela, 2000; Glat, 2004; Carvalho, 2005) que reconhecem nas famílias de crianças com NEE determinadas reações apresentando-as agrupadas por fases.

Apesar do número de fases variar consoante o autor, distinguimos, no quadro seguinte, as que são transversais em todos os autores referidos, salvaguardando a existência de casos em que os pais não conseguem ultrapassar as dificuldades, não alcançando por isso uma aceitação plena da situação.

A identificação destas diferentes fases segue aquilo que nos é dito pela perspetiva sistémica da família. Tal como todas as famílias, as que têm no seu seio um filho com NEE passam por diferentes etapas ao longo da sua vida. Daí que Magerotte (1997, p. 131) refira que é habitual observar-se “a família numa perspetiva longitudinal”. O nascimento marca apenas o início de um percurso cheio de mudanças, decisões e expectativas.

Quadro 1: Reações das Famílias às Necessidades Educativas Especiais das suas crianças, conforme vários autores.

| Reações | Fases | Descrição | Autores |
|----------------------------------|--------------|--|---|
| 1.º Fase – Choque inicial | | O primeiro confronto com a notícia de ter um filho com NEE caracterizado pela incapacidade de reação por parte dos pais. | Buscaglia, 1993; Góngora, 1998; Niela, 2000; Glat, 2004 |
| 2.º Fase – Negação | | Os pais procuram minimizar a situação, desvalorizando-a. | Buscaglia, 1993; Góngora, 1998; Glat, 2004; Carvalho, 2005 |
| 3.º Fase – Reação | | Após a tomada de consciência da realidade, os pais começam a empreender, esforçar na tentativa de auxiliar os seus filhos. | Niela, 2000; Glat, 2004 |
| 4.º Fase – Adaptação | | Os pais começam a organizar-se em torno das necessidades e características da criança com NEE. | Buscaglia, 1993; Góngora, 1998; Niela, 2000; Carvalho, 2005 |

Para um melhor entendimento da evolução destas diferentes fases, apresentamos um quadro referente ao ciclo de vida da família com uma criança com NEE (adaptado de Turnbull, Summers e Brotherson, 1986, por Correia, 1999, p. 151). O quadro n.º 2 resume e enumera, em diferentes *estádios* as preocupações e anseios (*áreas de stress*) que preenchem o ciclo de vida das famílias com filhos com NEE. A família, de forma progressiva, terá que se adaptar a cada exigência que surja, necessitará de encontrar soluções aos problemas que surgindo, procurando sempre desempenhar os seus papéis de forma válida e convincente.

Quadro 2: Quadro sobre o Ciclo de vida da família com uma criança com NEE, adaptado por Correia (1999, p. 151) de Turnbull, Summers e Brotherson (1986).

| Estádio | Áreas de Stress |
|---|--|
| Casal | Expetativas de ter filhos; Adaptação à vida a dois; |
| Crescimento/Desenvolvimento e pré-escola | Medo que a criança tenha algum problema; Diagnóstico; Procura de ajuda e tratamento; Falar aos outros familiares e irmãos acerca do problema; |
| Idade escolar | Reações de outras crianças e famílias às caraterísticas especiais da criança; Escolaridade; |
| Adolescência | Rejeição dos companheiros; Preparação vocacional; Aspetos relacionados com a emergência da sexualidade; |
| Iniciação à vida adulta | Preocupação de habitação; Preocupações financeiras; Oportunidade de socialização; |
| Pós-Parental | Preocupação com segurança a longo prazo do filho; Interações com as instituições que providenciam serviços; Lidar com os interesses do filho no que respeita ao namoro, ao casamento e a ter filhos; |
| Envelhecimento | Cuidados e supervisão do filho com NEE após a morte dos pais; Transferir as responsabilidades parentais para outros subsistemas da família ou instituições. |

Estas mudanças estruturais colocam na família em pressão permanentemente. É indispensável que ocorra uma boa resolução dos problemas que vão surgindo, uma vez que só desta forma a família pode desenvolver-se e progredir de forma unida e harmoniosa dentro das características específicas da sua situação.

Para Glat (2004) cada família tem que se adaptar às realidades das NEE tanto internamente, pelo reposicionamento das suas prioridades enquanto família, como externamente pela convivência com o preconceito e com a falta de oportunidades, de compreensão e de apoios. Ou seja, tal como afirmam Glat e Duque (2003, cit. por Glat, 2004, p. 3)

a família passa a organizar-se em função dessa condição patológica encarnada pelo indivíduo com necessidades educativas especiais. Ele torna-se, por assim dizer o cartão-de-visita da família, o rótulo que identifica todos os demais membros (...).

Desde o diagnóstico, à procura de respostas e apoios, aos primeiros desenvolvimentos, à entrada na escola, à adolescência até à procura da autonomia, que a família acompanha o filho com NEE procurando satisfazer todas as suas necessidades. Em todos estes passos, a família tem um papel ativo a desempenhar, deve-se interessar pelos assuntos do seu filho participando neles ativa e conscientemente.

Milbrath, Cegagno, Soares, Amestoy e Siqueira (2008), referem que cada indivíduo que compõe o núcleo familiar vivencia o processo de adaptação à criança com NEE, de maneira única, uma vez que, por mais que os estímulos do meio sejam semelhantes, cada um terá o seu próprio mecanismo de lidar com a situação pois, cada ser humano vivencia, de forma particular, os processos de adaptação a que é exposta. Essa pessoa é vista como um sistema adaptativo, respondendo constantemente a estímulos do meio ambiente interno e externo. Os autores acrescentam ainda que, perante um processo de adaptação, a família muitas vezes precisa de repensar a sua estrutura e forma organizacional enquanto grupo, porque o cuidado à criança com Necessidades Educativas Especiais exige a presença constante de um cuidador que, geralmente é a mãe.

A forma como a família enfrenta esta realidade parece ser “(...) determinante para a facilitação ou para o impedimento do processo de integração social do indivíduo com deficiências” (Glat, 2004, p. 5). As oportunidades de contatos sociais que a família proporciona à criança com NEE parecem ser fator facilitador da sua integração social.

O empenho destas famílias deve ser “(...) semelhante ao de todas as outras famílias, embora a sua situação as confronte com desafios suplementares” (Magerotte, 1997, p. 134).

As palavras de Glat (2004, p. 3) vêm ao encontro do que Magerotte (1997) defende, dizendo que é essencial que a família dedique e foque a sua atenção no filho com NEE, procurando estimulá-lo e incentivá-lo ao máximo na conquista da sua autonomia, desenvolvimento e crescimento de modo a que este possa “(...) viver uma vida o mais semelhante possível dos demais membros da sua família, tornando-se em peso menor para todos”.

Para Andrada *et al.* (1995), a criança com deficiência tem as mesmas necessidades que qualquer outra criança: ser desejada, amada, ter possibilidade de explorar o meio e de comunicar, estabelecendo interações com os outros. Com base neste aspeto, julgamos que o papel dos pais na intervenção é muito importante, uma vez que quanto mais grave for a problemática, maior será a angústia sentida. Esta poderá conduzir a sentimentos de ansiedade e frustração. Lidar com a problemática de um familiar não é fácil, ainda mais se estivermos a falar de um filho, embora cada família seja única e tenha a sua dinâmica interna, a deficiência pode fortalecer ou destabilizar os laços afetivos.

Segundo Pereira (1996, cit. por Amaral & Gil, 2008), as necessidades individuais da família poderão influenciar o comportamento dos pais, visto estes se depararem diariamente com as diferenças que o seu filho apresenta comparativamente com as crianças “normais” que o rodeiam; as dificuldades de ajustamento social do seu filho e, finalmente, a partilha do “estigma” da pessoa com condição de deficiência que coabita no seio da família. No entanto, Turnbull e Turnbull (1990, cit. por Amaral & Gil, 2008) referem que as famílias, no desenvolvimento das funções que lhes são inerentes, tendem a dar resposta às suas necessidades. Para os autores, o comportamento de uma família para com o desenvolvimento de um filho com deficiência não se diferencia muito das restantes famílias, se considerarmos que todos os pais pretendem e promovem o desenvolvimento dos seus filhos através de atividades que os estimulem (Amaral & Gil, 2008, cit. Gallimore, Coots, Weisner, Garnier & Guthrie, 1996). Estes autores acrescentam ainda que, todo o processo é afetado pelo facto de existir no seio de uma família uma criança com deficiência.

Note-se que praticamente todos os estudos, opiniões, teorias referem que a maior preocupação dos pais é mesmo o que vai acontecer ao seu filho quando eles (pais) já não tiverem capacidade física para cuidarem deles.

De acordo com Leitão (1983), os pais preocupam-se com:

- A inteligência do filho e com o seu potencial desempenho, uma vez que na sociedade atual de produtividade, o potencial intelectual dos filhos é uma constante.

- A atitude da família: a superproteção é a atitude mais facilmente detetada no contacto diário com famílias com pessoas com deficiência.

- O afastamento do lar: a criança não deve ser afastada do convívio da família, exceto para tratamentos, salvo se a família não possuir condições alimentares e habitacionais que vão ao encontro das necessidades da criança.

- O convívio com outras crianças: a própria criança vai selecionando as suas companhias, dentro do meio social em que vive, no entanto, é comum que os adultos tentem selecionar e concluir sobre o tipo de criança que é mais indicado se relacionar com a pessoa com deficiência. Isto provoca uma falha básica de educação, tanto entre as crianças com deficiência, que são impedidas de se confrontarem com outras realidades, como entre as crianças normais que se julgam isentas e desobrigadas dessa convivência.

- A sexualidade: o sexo é um instinto primário, que corresponde a uma necessidade básica e movido por forte motivação.

No estudo de Sousa e Pires (2003), o que mais preocupa as mães quando se deparam com uma criança com deficiência, primeiramente é a incerteza de sobrevivência do bebé. De acordo com os autores, já em casa, depois de algum tempo de hospitalização, a preocupação passa a ser com o desenvolvimento da criança ao nível motor, de sono, alimentação. À medida que cresce surge uma preocupação com a integração futura da criança.

Na opinião de Costa, (s.d., cit. Turnbull, Summers & Brotherson, 1986) quando nasce um filho com deficiência a primeira preocupação dos pais é obter um diagnóstico preciso, de forma a informar a família e estabelecer procedimentos das funções familiares. Posteriormente, na adolescência os pais têm de tomar decisões sobre aspetos fundamentais, como a rejeição dos companheiros, emergência da sexualidade e a planificação vocacional. No final da adolescência, os pais têm a responsabilidade de ajustar as relações recíprocas e enfrentar com o jovem preocupações de habitação, financeiras, oportunidades de socialização. Os pais têm a preocupação da segurança do filho a longo prazo, têm de lidar com os interesses dos filhos no que respeita ao namoro,

ao matrimónio e a ter filhos. E, finalmente, há a preocupação de transferir responsabilidades parentais para outros subsistemas da família ou instituições para que o filho receba a atenção que necessita após a morte dos pais.

Depois de abordarmos sucintamente o que nos dizem alguns autores sobre as preocupações dos pais, passamos a referir as necessidades com que estes pais se deparam ao longo da vida.

Dias (1998), evidencia que as necessidades da família podem oscilar, em maior ou menor grau, entre: a necessidade de informação sobre a problemática e o modo de interação com a criança, a necessidade de conversar com outras pessoas sobre a situação (outro elemento da família, outro técnico, outros pais com vivências semelhantes), a necessidade de encontrar estratégias para explicar a situação a outros elementos dentro e/ou fora da família, a necessidade de conhecer melhor os serviços existentes na comunidade onde podemos encontrar respostas específicas, a necessidade de apoios financeiros e a de apoio à própria organização das rotinas na família.

Frota, Brito, Albuquerque, Gomes e Selavisa (s.d.), referem que os pais de uma criança com deficiência precisam de muito apoio psicossocial, porque para além de se sentirem frustrados, estão a envelhecer e como tal a maior mágoa que estes podem sentir, e sentem-na de certeza, é terem receio de morrer e deixar o seu filho sem amparo.

Por vezes pensamos que os pais não amam o filho com deficiência uma vez que essa problemática, à partida, desmoronou um sonho, é esta que os vai preocupar sempre, interrogando-se sobre o que acontecerá ao filho após a sua morte.

Para Marques (1997, cit. Turnbull, 1984), as necessidades da família podem ser, de uma forma genérica agrupadas em sete categorias:

- *Necessidades económicas*: a presença de um membro com deficiência na família pode criar necessidades financeiras adicionais, resultantes dos cuidados adicionais e da diminuição da capacidade produtiva. Algumas despesas são resultantes de dívidas acumuladas, medicamentos, terapias, ajudas técnicas, além do aumento das despesas correntes.

- *Necessidades de cuidados diários*: uma das funções básicas da família consiste em responder às necessidades de saúde física e mental dos seus membros. Estão aqui incluídas as tarefas do dia a dia, como cozinhar, limpar, tratar das roupas, cuidar dos transportes e obter cuidados médicos quando necessário. É sabido que os cuidados diários a prestar a uma criança ou jovem com deficiência pode constituir um peso para toda a família;

- *Necessidades recreativas*: A família desenvolve uma função importante enquanto espaço, onde os seus membros podem descontraír e ser eles próprios. Muitas vezes, esta função não é conseguida devido à presença na família de uma criança com deficiência. Algumas famílias referem que têm dificuldades em organizar atividades lúdicas, como ir à praia, fazer um piquenique ou ir ao cinema, pelo facto de terem uma criança com deficiência.

- *Necessidades de socialização*: as pessoas com deficiência independentemente da idade, precisam de oportunidades para desenvolver as suas competências interativas, comunicativas e sociais, exatamente da mesma forma que qualquer outro indivíduo. As competências sociais bem desenvolvidas, a sua utilização sistemática e as relações de amizade que forem sendo construídas farão por certo, da pessoa com deficiência uma pessoa social e emocionalmente mais integrada. Em resultado deste princípio, as famílias e os profissionais devem ajudar a criança e o jovem com deficiência a desenvolver competências sociais;

- *Necessidades de autoidentidade*: Marques (1997, cit. Leitão, 1993) refere que os pais das crianças e jovens com deficiência vivenciam muitas vezes, dificuldades nos seus sentimentos de competência e autoestima como pais. Situação que em parte se deve ao facto de os seus filhos serem menos comunicativos proporcionando menos experiências contingentes aos seus pais.

- *Necessidades de afeto*: não há dúvida que o afeto demonstrado pelos pais, irmãos e parentes ajuda a resolver, satisfatoriamente, as necessidades de equilíbrio físico e emocional;

- *Necessidades de atendimento educativo*: as famílias de pessoas com deficiência manifestam-se confusas quanto ao que esperam da integração educacional. Por vezes, as famílias desenvolvem baixas expectativas em resultado das previsões dos profissionais e das atitudes públicas. Assim, para desenvolver substancialmente a natureza e dimensão da integração, os profissionais devem fazer um esforço no sentido de ajudar a família a elevar o nível das suas expectativas.

De acordo com Mendonça, Santos e Ferreira (2007), o facto de uma criança com NEE poder agitar a qualidade da interação familiar, influenciando, direta ou indiretamente a ecologia da família com outros sistemas. Por este motivo parece-nos evidente que as famílias de crianças com NEE têm necessariamente uma ecologia, uma interação diferente das famílias de crianças sem Necessidades Educativas Especiais. Da mesma forma, também nos parece que os contatos destas famílias se distinguem quer

seja pelos apoios que procuram e solicitam, quer seja pela convivência social ou pelos contatos (escolares, médicos e sociais) que mantêm.

3.3. A família de crianças com NEE e a Formação Parental

Tal como refere Pereira (1996), os pais devem ser agentes essenciais na educação e na socialização dos seus educandos, desempenhando um papel de co-terapeutas nos processos de intervenção. De acordo com Dreikurs (2001, p. 17), “os pais são como os filhos...precisam de ser educados”.

Os encarregados de educação têm direito a disporem de toda a informação para poderem auxiliar as suas crianças, bem como contribuir no planeamento e na implementação de uma intervenção adequada. Por vezes, os pais criam elevadas expectativas colocando enormes pressões nos professores e técnicos (psicólogos e terapeutas), podendo gerar entre si conflitos. Para tal é importante que haja uma consciencialização por parte dos pais, dos professores e dos técnicos de que é difícil trabalhar num ambiente de desconfiança onde as crianças são as principais prejudicadas (Pereira, 1996).

Nunes (2003), reforça a necessidade e a premência de que as famílias devam receber ajuda de instituições, através de programas de informação e de formação, para as ajudar na formação de hábitos, no desenvolvimento de atitudes que preparem favoravelmente a criança para a aprendizagem escolar e a apoiem ao longo da sua escolaridade. Para este autor, o envolvimento parental na educação não se limita ao ensino em casa das matérias escolares mas, também através da criação de outras situações. Um ambiente em que os pais passam mais tempo com os filhos, falam com eles, debatem os problemas da escola, do trabalho de casa e lhes transmitem expectativas positivas, aumenta as ligações emocionais e a confiança entre pais e filhos.

Para Perrenoud (2001, pp. 31-32), a criança pertence, através da família, a uma classe social, a uma coletividade e a diversos grupos partilhando o tempo com família e com outros grupos onde está inserido. Utiliza o “*go-between*” para dizer que através das crianças, a família e a escola, mesmo que por vezes, contra a própria vontade estabelecem um processo comunicacional. A criança conduz os contatos entre pais e professores e é a própria que por livre arbítrio transmite ou não a mensagem, “...ela compõe a sua dupla pertença, procurando salvaguardar os seus espaços de autonomia, conciliar as suas fidelidades e obediências, os seus papéis e compromissos respetivos”.

É assim importante reconhecer que os pais são aliados importantes neste processo terapêutico mas é essencial que possuam conhecimentos e aptidões específicas. Também é fundamental que os professores e técnicos auxiliem os pais a superarem determinados obstáculos e estejam atentos e disponíveis para lhes prestarem apoio a todos os níveis.

De entre diversas possibilidades, um exemplo representativo da definição da prestação de serviços centrada na família é o de Shelton e Stepanek (1994, p. 4, cit. por Dunst, Trivette, & Jodry, 1997):

A intervenção centrada na família resulta... em práticas onde o papel principal da família é reconhecido e respeitado. As famílias são apoiadas no seu papel de prestador de cuidados com base nas suas forças únicas, como indivíduos e como famílias. São criadas oportunidades para as famílias tomarem decisões informadas em relação aos seus filhos e, mais importante, essas escolhas são respeitadas. As práticas... centradas na família promovem padrões de vida normalizados... onde a parceria família/profissionais é claramente evidente.

Na literatura existente sobre intervenção com pais, alguns autores apresentam uma distinção entre os conceitos Treino de Competências Parentais (Baker, 1989; Hornby, 1992; Niccols & Mohamed, 2000) e Formação de Pais (Boutin & Durning, 1994; Dunst, 1999; Mahoney *et al.*, 1999).

O Treino de Competências Parentais é um modelo que, habitualmente, surge associado à modificação comportamental. Este modelo ao trabalhar com pais de crianças/jovens com problemas de comportamento, tem o objetivo de modificar práticas parentais e de resolver problemas de comportamento das crianças (Schaefer & Briesmeister, 1989, cit. por Ribeiro, 2003). O modelo de Formação Parental surge associado a crianças com problemas de desenvolvimento ou numa dimensão preventiva dirigida a pais com crianças em risco biológico e envolvental (Coutinho, 2004). Pretende desta forma, fornecer aos pais ou a outros intervenientes, conhecimentos específicos e estratégias para promover o desenvolvimento da criança (Mahoney *et al.*, 1999; Kaiser *et al.*, 1999, cit. por Coutinho, 2004).

Para este trabalho, na nossa opinião, não é importante realizar a distinção entre estes dois conceitos, mas sim olhá-los como parte da mesma conceção, uma vez que compartilhamos de princípios comuns a ambos.

Segundo Ribeiro (2003), o conceito de educação parental surge na transição entre o século XIX e o século XX, tendo surgido nos Estados Unidos da América algumas

organizações relacionadas com a parentalidade, que desempenharam a sua atividade através de publicações e da constituição de grupos onde eram discutidas temáticas educacionais, bem como pela recolha de fundos para serem aplicados no sistema educativo.

A partir da leitura realizada foi referido que, a partir da década de 60, surgiram programas, denominados Programas de Educação Parental, que pretendiam fomentar a participação na vida escolar, promovendo uma relação entre a escola/família e uma mudança de mentalidade dos professores com maior aceitação da participação da família. Desta forma, as famílias adquiriam mais confiança nas suas capacidades como agentes educativos (Silva & Martins, 2002). Ao perceber-se o modo como os pais contribuem para os comportamentos desejados e indesejados das crianças, o que levou a que se deixasse de valorizar apenas a mudança dos comportamentos da criança, para também realçar o papel ativo dos pais (Bandura, 1969, cit. por Kaminsky, Valle, Filene & Boyle, 2008).

Segundo Davies (1989), o envolvimento dos pais proporciona benefícios a vários níveis: às crianças, aos pais, às escolas e, generalizando, infere melhorias na sociedade democrática. Com estes programas em que a família se envolvia na vida das escolas e no conseqüente aumento da qualidade das mesmas, foram as próprias escolas que criaram estes programas e aplicaram-nos à comunidade envolvente.

Para Prado (2004) devem ser criadas Escola de Pais, sem nunca esquecer que a escola e a família têm o mesmo objetivo que é o desenvolvimento da criança e, que é necessário favorecer a coerência entre as práticas educativas quer da escola quer da família, otimizando o desenvolvimento infantil. Para esta autora, uma Escola de Pais é um espaço de encontro e participação de todos os intervenientes no processo educativo, que serve para efetivar a atualização e a reciclagem de conhecimentos e que pretende cooperar com os pais na tarefa de educar os seus filhos.

Silva (2002, p. 125), descreve que “a formação de pais para a relação escola/família é, em primeiro lugar, a sua formação enquanto cidadãos...com vontade de se “imiscuírem” nos assuntos públicos, entre eles, o da escolarização dos filhos”. Parece-nos óbvio a necessidade de privilegiar a presença e conseqüente participação dos pais na escola, em que, os Programas de Formação Parental têm um papel fundamental tendo em conta uma participação mais efetiva das famílias.

Consideramos que alguns dos objetivos que devem nortear a formação de pais são, entre outros: estimular a participação efetiva dos pais no processo de ensino e

aprendizagem; informar e orientar sobre o desenvolvimento das crianças, prevenir problemas familiares, tentar reabilitar famílias com problemas e fomentar a aprendizagem.

Hoje em dia, as formações para pais vão mais longe. Inicialmente pretendia-se promover a mudança comportamental da criança, atualmente centralizam-se em aspetos pedagógicos, relacionais e comunicacionais, que fomentem a reflexão sobre os valores e as abordagens educativas dos progenitores, através da discussão sobre práticas habituais de cada mãe e pai, da discussão e aprendizagem das formas de comunicação com os filhos, das formas de expressar as emoções, da resolução de conflitos e de problemas. (Kaminsky *et al.*, 2008). Esta nova maneira de encarar as formações para pais pretende desenvolver práticas educativas democráticas, estilos otimistas e expectativas apreciativas face à vida, a si mesmo e aos filhos (Marujo, 2002).

Com estes objetivos ambiciona-se levar os pais a dirigir as suas emoções, cognições e comportamentos, de modo a tornarem-se mais informados e criativos, preparados a concretizar formas saudáveis de educar (Kazdin, 1997, cit. por Marujo, 2002).

Segundo Marques (1994), numa investigação realizada ao nível do 1º Ciclo do Ensino Básico, concluiu que:

- A maioria dos pais pretende ajudar os seus filhos, gostando de manter contatos com a escola, no entanto, manifestando alguma insegurança.
- Poucos pais se envolvem ativa e diretamente no dia a dia da Escola e raramente em Associações de Pais.
- São poucos os que participam ao nível da tomada de decisões.
- Os pais que se envolvem de modo ativo na vida escolar dos seus filhos assinalam benefícios e vontade de interagir.

Posto isto, nesta fase urge interrogarmo-nos, mais especificamente, em relação aos pais de crianças com NEE. Gartner e Lipsky (1987), sugerem que muitas vezes os pais de crianças com NEE se sentem intimidados e/ou as oportunidades para se envolverem são limitadas. Os mesmos autores referem que quando estão em causa pais de crianças com Necessidades Educativas Especiais, a relação com a escola é ainda mais dificultada, pois em algumas situações o rótulo das suas crianças é sentido pelas famílias. A família centraliza em si os problemas vivenciados pelas crianças e sente-se estigmatizada. Tendo em conta os autores anteriormente referidos, em 70% dos pais de

crianças com NEE, verifica-se algum distanciamento por parte destes, o que dificulta que dificulta as interações efetivas e positivas.

No entanto, como defende Hegarty (1993, p. 479), atualmente a permanência de crianças com NEE nas salas do ensino regular, só pode ser entendida se encararmos os pais como "parceiros iguais no processo educativo". O sucesso depende do pleno envolvimento dos pais.

Se esta ideia é inegável, a verdade é que, como constatamos na revisão bibliográfica, o investimento dos pais em questões de relação com a escola nem sempre é efetivo. No entanto e em oposto, raras vezes se estabelecem "pontes" de modo a desenvolverem-se dispositivos que contemplem "(...) a participação, a gestão direta, ou programas organizados, no sentido de revalidar a imagem da família, levando-a a uma colaboração coparticipada num processo interno de mudanças" (Dias, 1993, p. 106).

A mesma autora (p. 106), refere a necessidade de equacionar a problemática das NEE que "(...) podem à priori decorrer da própria criança mas que inevitavelmente recaem sobre os contextos naturais em que se move", situação que tende a agravar a relação entre a família e a escola e necessariamente a relação no seio da própria família. Assim, parece-nos importante e com base na perspetiva sistémica, termos em atenção não só a criança mas a própria escola enquanto organização e, no caso concreto desta investigação, a família onde as crianças com NEE vivenciam grande parte das suas experiências de vida. Sendo este aspeto considerado importante na generalidade das crianças com NEE, ela apresenta-se como essencial no caso das crianças com PHDA. Normalmente os familiares de crianças com PHDA manifestam dificuldades em lidar com a situação apresentando alguma angústia e desgaste pelo *stress* a que estão sujeitos e pelos esforços realizados para modificarem as atitudes comportamentais do seu filho(a). Frequentemente estes esforços fragilizam as próprias dinâmicas familiares repercutindo negativamente no relacionamento entre os diferentes elementos que constituem a família. A incapacidade em mudarem grande parte desses comportamentos pode desencadear maiores reações de oposição e mesmo de agressividade, tornando a relação menos gratificante e aumentando as dificuldades relacionais. Assim, torna-se preponderante que os pais/encarregados de educação percebam não só as diversas dimensões do problema de modo a qualificarem os aspetos de intervenção. O papel dos encarregados de educação através da capacitação proporcionado pela partilha de informação e mesmo a formação, torna-se essencial para a qualidade das suas intervenções, no contexto natural que é a família, ajudando a que esta assuma um papel

importante e regulador face às atitudes comportamentais evidenciadas pelo seu educando.

3.4. Formação Parental em Famílias de alunos com PHDA

Os comportamentos de falta de atenção, agitação e impulsividade que caracterizam a PHDA parecem diminuir a qualidade da relação pais-criança (Johnston & Mash, 2001, cit. por Chronis *et al.*, 2006).

Uma intervenção na PHDA deve ter um cariz mais amplo do que uma intervenção individualizada, com a criança. Deve contemplar, também, um trabalho direto com os pais, com o intuito de promover estratégias parentais que contribuam para melhorar os comportamentos dos filhos (Pelham, Wheeler, & Chronis, 1998, cit. por Chronis *et al.*, 2006), uma vez que quando os pais modificam o seu comportamento, isso reflete-se no comportamento da criança. Neste sentido, não importa quem inicia o processo de mudança, cada pessoa que está envolvida num contexto social tem de alterar o seu comportamento para se ajustar ao dos outros (Berg & Steiner, 2003).

A PHDA apresenta variabilidade na ocorrência dos sintomas, dependendo dos contextos em que a criança está, existindo situações em que estes parecem diminuir. Os fatores mais importantes que influenciam essa variabilidade são o grau de interesse que uma determinada atividade tem, o nível de estruturação de um ambiente e a tarefa. Os comportamentos característicos de PHDA são suscetíveis de serem agravados quando as situações são altamente repetitivas, aborrecidas e familiares, quando comparadas com as que são novidade e estimulantes (Barkley, 1977, cit. por Anastopoulos, 1996).

A literatura indica que os pais de crianças diagnosticadas com PHDA adotam frequentemente um estilo educativo autoritário (Cunningham & Barkley, 1979, cit. por Anastopoulos, 1996), começando a sentir-se menos capazes para desempenhar o seu papel de educadores (Mash & Johnston, 1990, cit. por Anastopoulos, 1996) e experimentando níveis de *stress* elevados (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & DuPaul, 1992, cit. por Anastopoulos, 1996).

A intervenção junto destas crianças requer a articulação e colaboração estreita entre todos os intervenientes: pais, professores, psicólogo, pediatra e, eventualmente, neurologista. A criança deverá ser parte ativa na intervenção, devendo ser informada de todo o processo que a envolve. Ao mesmo tempo que se realiza a intervenção com a criança/jovem deve desenvolver-se um programa de desenvolvimento de competências

parentais. Este pretende enriquecer os Pais/Encarregados de Educação com mais ferramentas sobre a PHDA, como utilizar a atenção positiva, as técnicas de gestão do comportamento, bem como melhorar as ordens e instruções, criar um diário de comportamento em articulação com a escola, a gerir o comportamento das crianças em locais públicos, entre outras. (Barkley *et al.*, 2008). Os pais têm um papel muito importante, pois as crianças com esta perturbação exigem uma modificação do funcionamento familiar de forma a poderem responder às suas necessidades de acompanhamento, que são muito particulares.

Acreditamos que só com diálogo e articulação, numa lógica de trabalho em equipa, entre todos os intervenientes, que direta ou indiretamente trabalham com esta criança, poderemos ajudá-la a melhor compreender e lidar com o problema e adaptar-se aos diferentes contextos. Uma realidade que só é possível, tal como referimos anteriormente, com o envolvimento da família.

Na nossa opinião e segundo Cruz e Pinho (2008), um dos objetivos primordiais é a criação de uma Intervenção com os Pais e não para os Pais, uma vez que ao propor uma Intervenção para e não com determinada população estamos, inevitavelmente, a excluí-la do processo interventivo. A intervenção só poderá ter sucesso, eficácia e benefícios a longo prazo se os pais estiverem implicados. De facto, a família é o contexto que mais influencia diretamente a criança, tanto pelas interações que desenvolve, como por ser o contexto mais constante ao longo da sua vida.

Com este envolvimento pretendemos, sobretudo, que os pais desenvolvam interações de qualidade. No nosso entender, mais importante do que saber se os pais passam cinco minutos ou cinco horas com os seus filhos é perceber se esse tempo permite desenvolver relações de qualidade. Uma qualidade que permita potenciar os comportamentos adequados e tornar mais eficazes as intervenções desenvolvidas na sala de aula.

Parte II – Investigação Empírica

Capítulo IV – Metodologia

Neste capítulo do trabalho debruçamo-nos sobre o tipo de metodologia utilizado durante a nossa investigação.

4.1. Problemática e Definição dos Objetivos do Estudo

A receção da notícia no momento do diagnóstico é uma situação de preocupação e inquietação com que os pais e famílias de crianças com PHDA se deparam ao longo dos seus percursos de vida.

Quando (...) comunicam aos pais e aos familiares as suas suspeitas de que a criança poderá ser hiperativa, estes reagem com preocupação e inquietação perante esta possibilidade. Uma vez superado o desconcerto inicial, costumam contactar especialistas que trabalham no âmbito infantil (García, 2010, p. 41).

Sendo esta uma perturbação da família em que geralmente os pais já sentiram ou sentem dificuldades idênticas às dos filhos (Selikowitz, 2010, p. 163), reveste-se de extrema importância respondermos aquela que para nós é uma das questões fundamentais deste trabalho.

Com base na revisão da literatura efetuada, consideramos que o estudo das percepções dos Encarregados de Educação sobre a PHDA em diversos momentos da vida da criança e da respetiva família é bastante pertinente. É por isto, não obstante as múltiplas problemáticas que se levantam em torno da temática da PHDA, que tentemos encontrar respostas para a temática específica das percepções dos Encarregados de Educação.

Em consonância com o anteriormente descrito, começámos por trabalhar em torno daquele que identificámos como o nosso objetivo central – ***“Compreender quais as percepções dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA”***.

Ao objetivo inicial deste trabalho colocam-se necessariamente várias perguntas de investigação, às quais procuraremos dar resposta com o desenrolar da investigação:

- Qual o entendimento dos Encarregados de Educação sobre a PHDA?

- São percebidas alterações à dinâmica familiar, decorrentes da PHDA?
- Que preocupações manifestam os Encarregados de Educação relativamente ao momento do diagnóstico, ao momento atual e ao futuro do seu educando?
- Que necessidades manifestam os Encarregados de Educação no que diz respeito à PHDA?

Para melhor responder a estas questões colocamos em anexo (**anexo I**) uma tabela de relacionamento entre os objetivos e questões de estudo.

Com base nestas questões anteriormente referidas surgiram os seguintes objetivos:

- Identificar as percepções parentais relativas à PHDA;
- Identificar se existem alterações à dinâmica familiar;
- Identificar as preocupações dos Encarregados de Educação em diferentes fases da vida familiar (passado, presente e futuro);
- Aferir sobre as necessidades de informação/formação dos Encarregados de Educação de crianças com PHDA;
- Conhecer qual a opinião dos pais relativamente à sua participação num programa de formação parental.
- Perceber a pertinência de realização de um grupo de formação parental.

4.2. Tipo de Investigação

Na investigação é conhecido o debate existente, no que diz respeito à adequação de diversos métodos e posicionamentos metodológicos quando se realizam alguns estudos (Reichardt & Cook, 1986).

Atualmente, esta dicotomia apresenta-se-nos mais esbatida, defendendo-se que determinado paradigma de investigação não está diretamente ligado, nem exclusivamente a métodos qualitativos, nem exclusivamente a métodos quantitativos. Já os autores Miles e Huberman (1984, cit. por Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008, p. 35) defendem que “as duas abordagens de investigação representam um *continuum* epistemológico e não uma dicotomia”. O que importa é associar estes dois métodos, em grau diretamente proporcional às exigências do fenómeno que se investiga (Reichardt & Cook, 1986). Em paralelo, assiste-se no campo da investigação em geral e, em particular, no campo da investigação em Educação Especial, a uma evolução no sentido

interdisciplinar. Este pressuposto metodológico implica o contributo das ciências sociais e humanas e das ciências exatas. O interesse deste tipo de investigação é a possibilidade de reorganização de vários domínios do saber numa interação constante permitindo diversas combinações construtivas (Grawitz, 1996).

Entendemos não ser importante discutir, aqui, as vantagens ou as desvantagens da investigação qualitativa, face às da investigação quantitativa, ou vice-versa, optámos pelo contrário, por referir que se optou por uma investigação do tipo qualitativa. Para melhor concretizar o objetivo principal da nossa investigação, seleccionámos a metodologia que considerámos melhor se lhe adequar - a metodologia qualitativa, recorrendo à entrevista semi dirigida como instrumento de recolha de dados por excelência.

Com o intuito de garantir um processo sistematizado e científico na condução do projeto de investigação seguimos, em particular o que, neste campo, Bell (1990) preconiza. Assim, de acordo com a autora citada, para levar à prática um projeto de investigação:

Será preciso seleccionar um tópico, identificar os objetivos do trabalho, planear e delinear a metodologia adequada, escolher os instrumentos de pesquisa, negociar o acesso a instituições, material e indivíduos; será também necessário recolher, analisar, apresentar, a informação e, finalmente, produzir um relatório ou dissertação bem redigidos (p. 13).

Efetivamente, a organização e a implementação do trabalho foram desenvolvidas de acordo com tais princípios orientadores, pretendendo-se certificar, desse modo, a sua natureza sistemática, metódica e ordenada, ou por outras palavras, a sua cientificidade. Verificámos a existência de várias formas de obter respostas e, conseqüentemente, interrogámo-nos sobre o tipo de metodologia a seguir: isto é, se seria uma abordagem do tipo *quantitativa*, ou, pelo contrário, se uma abordagem do tipo *qualitativa*.

Perante as questões de investigação que nos propusemos tratar, escolhemos o método qualitativo dada a necessidade de aprofundar o conhecimento direto das percepções dos encarregados de educação, por o considerarmos mais eficaz para o efeito.

O método qualitativo define-se como interpretativo, cuja análise de dados não envolve procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação, como forma de identificar conceitos e relações na informação recolhida (Strauss & Corbin, 1998),

colocando em evidência o interesse pelo significado que as pessoas dão à vivência de um determinado fenómeno (Afonso, 2005).

A abordagem qualitativa, segundo Bardin (1977, p. 115):

corresponde a um procedimento mais intuitivo, mas também mais maleável e mais adaptável, a índices não previstos, ou à evolução das hipóteses. (...) É válida, sobretudo na elaboração de deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa (...).

Desta forma, importa referir que não pretendemos proceder a generalizações nem elaborar conclusões que derivem em receitas. Apenas pretendemos refletir e pesquisar mais informações sobre o tema apresentado, até porque os paradigmas associados à investigação qualitativa assim o promovem – paradigmas interpretativo, naturalista, construtivista (Martins, 1996; Savoie-Zajc, 2003), fomentando a compreensão dos acontecimentos penetrando no mundo pessoal e social dos sujeitos. Segundo Guba e Lincoln (1988, p. 81), embora estes “paradigmas sejam menos estruturados, propiciam um relacionamento mais desenvolvido e flexível entre o investigador e o seu objeto de estudo, onde a subjetividade e a sua compreensão têm um interesse fulcral”.

Esta “ligação” próxima e intrínseca entre a recolha de dados e a análise dos mesmos arquiteta-se e desenvolve-se, em proporção, de acordo com a relação entre o investigador e o centro de investigação - no nosso caso os colaboradores, pois como nos diz Serrano (1994, p. 104), “o processo a seguir na investigação qualitativa é fundamentalmente interativo”.

É através da “relação” a que nos referimos anteriormente que conseguimos “(...) chegar a uma quantidade manuseável de unidades significativas” uma vez que dar sentido aos dados qualitativos constitui “(...) reduzir as notas de campo, descrições, explicações, justificações, etc., mais ou menos repetidas, para chegar a uma quantidade manuseável de unidades significativas” (Huber y Marcelo 1990, cit. por Serrano, 1994, p. 109). Os autores Miles e Huberman (1984, cit. por Serrano, 1994, p. 109) consideram que “(...) a análise qualitativa, junto com a recompilação dos dados, forma um processo interativo e cíclico”.

Resumindo, de acordo com Hurtado (2006, pp. 285-286):

a análise qualitativa implica ordenar e organizar a informação disponível, para além de orientar a sua busca e procura, para elaborar padrões, categorias e

unidades de análise e também para reorganizar as primeiras unidades selecionadas. Mas analisar qualitativamente também supõem interpretar, atribuir significados, descrever e compreender os padrões encontrados e buscar conexões entre estas e outras categorias. Por último, mas não menos importante, analisar qualitativamente inclui avaliar, elaborar e raciocinar juízos sobre os critérios que se tornem explícitos, usando chaves internas de interpretação.

Depois de caracterizar o instrumento e de identificar as etapas para a sua elaboração, descortinamos os procedimentos a seguir para a recolha e tratamento de dados.

Após cumprirmos todas as formalidades de validação e de recolha dos dados, seguiu-se a tarefa de apresentá-los. Para isso, foi necessário analisar os dados e formular a sua discussão.

4.3. Amostra

A amostra de participantes foi composta por dezassete Encarregados de Educação de crianças com diagnóstico de PHDA e que frequentavam, à data de realização desta investigação, uma escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico (CEB) do Concelho de Sintra.

O critério utilizado para inclusão na amostra foi os Encarregados de Educação terem um educando em idade escolar e estarem diagnosticados com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Antes de caracterizarmos a amostra consideramos pertinente caracterizar o meio onde se inserem.

4.3.1 – Caracterização Meio Envolverte

A investigação foi realizada num Agrupamento de Escolas pertencente ao concelho de Sintra. Os seus limites geográficos são: a Norte - Belas e Cacém, a Sul - Oeiras e Cacém, a Nascente - Belas e Amadora, a Poente - Cacém, dista 14 Km de Sintra e 12 Km de Lisboa. Esta cidade serve de dormitório a grande parte da população que trabalha em Lisboa, sendo os prédios o tipo de habitação predominante. Em termos de população, tem cerca de 80.000 habitantes, pelo que corresponde a uma das áreas mais populosas do concelho onde se insere.

No que diz respeito às infraestruturas básicas, esta cidade possui rede de esgotos, rede subterrânea de eletricidade e de água canalizada, com distribuição domiciliária. É

servida de uma boa rede viária e ferroviária de transportes públicos (comboios e carreiras urbanas). A rede de comunicação inclui várias estações de correio, uma central telefónica e televisão por cabo. Quanto aos recursos locais, dispõe das seguintes estruturas de apoio: Câmara Municipal, Junta de Freguesia, Centro de Saúde, GNR, várias instituições religiosas, Bombeiros, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Hospital, várias associações desportivas, estruturas de apoio a reformados, conservatórias do registo civil e predial, notário, finanças, instituições bancárias e militares. Para além destas estruturas, dispõe de organizações culturais e educativas, escolas distribuídas pelos diferentes graus de ensino, apoiadas pelos Apoios Educativos, centros de formação e de orientação profissional, associações de pais, vários centros de atividades de tempos livres, atividades musicais e monumentos.

O Agrupamento é constituído por dois jardim-de-infância, um deles integrado no mesmo espaço físico de uma das EB1 e duas escolas do 1º CEB, estando os alunos dispersos por três estabelecimentos de ensino, próximos entre si.

Segundo Falardeau (1999, p. 18), 3 a 10 por cento das crianças em idade escolar respondem aos critérios de diagnóstico de PHDA, isto significa que numa turma com mais de vinte alunos, em média encontraremos uma a duas crianças com o diagnóstico de PHDA. Na Escola onde foi realizada a investigação contávamos com uma população de 342 alunos. De acordo com o mesmo autor, estaríamos perante uma população onde existiriam 10 a 34 crianças com PHDA. A realidade com que nos deparamos, nesta escola, vai de encontro aos números apresentados. Existiam à data de realização deste estudo, 17 crianças com diagnóstico de PHDA, o que corresponde a aproximadamente 5% da população.

4.3.2 Caracterização dos Encarregados de Educação

Os participantes na nossa investigação foram os dezassete Encarregados de Educação de crianças com diagnóstico de PHDA. O critério utilizado para inserção na amostra foi os Encarregados de Educação terem crianças em idade escolar a frequentarem o 1.º CEB, do concelho de Sintra, com o diagnóstico de PHDA.

Para melhor compreendermos a população que colaborou no nosso estudo, começámos por introduzir um conjunto de dados que possibilitasse a caracterização da população a vários níveis. Apresentamos em seguida um quadro com os dados referentes aos Encarregados de Educação.

Quadro 3: Caracterização Encarregados de Educação

| | Idade | Profissão | Sexo | Formação | Idade do educando | Sexo do Educando | Ano de Escolaridade |
|-------------|--------------|---|-------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------------|
| EE1 | 26 | Desempregada | F | 5.º ano | 10 | M | 4.º |
| EE2 | 20 | Estudante/Emp. Balcão MacDonald's | F | 9.º ano | 8 | M | 3.º |
| EE3 | 37 | Operadora de Loja | F | 12.º ano | 10 | F | 4.º |
| EE4 | 33 | Aux. Ação Médica | F | 9.º ano | 10 | M | 4.º |
| EE5 | 45 | Del. Comercial | F | 9.º ano | 10 | M | 4.º |
| EE6 | 32 | Aux. Serviços Gerais Hospital | F | 6.º ano | 9 | M | 3.º |
| EE7 | 42 | Emp. de Balcão | F | 9.º ano | 8 | F | 2.º |
| EE8 | 37 | Escriturária | F | 9.º ano | 9 | F | 2.º |
| EE9 | 39 | Emp. de Limpeza | F | 5.º ano | 7 | M | 1.º |
| EE10 | 75 | Reformada | F | 4.º ano (antigo) | 8 | F | 3.º |
| EE11 | 43 | Desempregada | F | 9.º ano | 10 | M | 4.º |
| EE12 | 74 | Reformado | M | 5.º ano (antigo) | 10 | M | 4.º |
| EE13 | 26 | Desempregada | F | 5.º ano | 7 | F | 1.º |
| EE14 | 38 | Professora 3.º Ciclo | F | Licenciatura | 9 | M | 3.º |
| EE15 | 44 | Desempregada | F | 5.º ano | 8 | M | 2.º |
| EE16 | 42 | Gestora de Hotel | F | Licenciatura | 9 | M | 4.º |
| EE17 | 40 | Téc. Prot. Dentária | M | 9.º ano | 9 | M | 3.º |

Relativamente à caracterização dos entrevistados, à exceção de cinco colaboradores: uma avó, um avô, uma irmã, uma madrinha e um pai, todos os outros (12) são as mães das crianças com PHDA.

Como podemos então observar no quadro anterior, da totalidade dos educandos (17), a maioria é do sexo masculino (12), sendo 5 do sexo feminino. Quanto à idade observamos que 6 crianças têm dez anos, com nove anos existem 5 crianças, com oito anos temos 4 crianças, enquanto com 7 anos temos 2 crianças.

Quanto à idade dos encarregados de educação a média de idade é de aproximadamente 41 anos, sendo a idade mais baixa de 20 anos e a mais alta de 75 anos.

Tendo em conta a formação, a distribuição dos Encarregados de Educação apresenta-se da seguinte forma: um dos participantes tem como nível de escolaridade o 1.º Ciclo, seguido de 7 participantes que têm como nível de escolaridade o 2.º ciclo, 6 com um nível de escolaridade no 3.º ciclo e um dos participantes frequentou a escola até ao Secundário. De referir que dois Encarregados de Educação possuem o grau de licenciatura.

No que respeita às profissões dos dezassete encarregados de educação que participam no nosso estudo, três pessoas são empregadas de balcão, duas são Assistentes Operacionais em Serviços de Saúde, de seguida surge-nos um caso de Delegado Comercial, uma Empregada de Limpeza, uma Escriturária, uma Professora do 3.º Ciclo, uma é Gestora de Hotel e um é Técnico de Próteses Dentárias. No grupo que colaborou neste estudo temos ainda quatro participantes que estão desempregados e dois estão reformados.

4.4. Instrumento de Recolha de Dados

Tal como referimos anteriormente para prossecução do nosso trabalho optámos pela entrevista semi dirigida enquanto instrumento de recolha de dados.

Na investigação qualitativa, tal como destaca a autora Savoie-Zajc (2003, p. 279) a entrevista semi dirigida distingue-se pela frequência da sua utilização, dado que esta é “uma abordagem de investigação que tenta compreender o sentido de um fenómeno em estudo tal como é percebido pelos participantes de uma investigação e que utiliza para fazê-lo a dinâmica da co construção de sentido que se estabelece entre o investigador e os participantes”. Foi neste sentido que nos pareceu constituir-se como o instrumento mais adequado à recolha de informações suscetíveis e importantes para a realização deste trabalho.

Quando trabalhamos no campo das representações, nas perceções que diferentes indivíduos têm sobre um mesmo facto, a entrevista é considerada um instrumento bastante atrativo para a recolha de dados. Embora saibamos que esta nos presta, em primeiro lugar, informações sobre o pensamento do colaborador e, secundariamente, sobre a realidade do objeto do discurso, é considerado o instrumento mais adequado no

sentido de delimitar os sistemas de representação de valores e normas objetivadas por determinado sujeito (Albarello *et al*, 1997). Desta forma, optámos pela entrevista semi dirigida como instrumento a utilizar na recolha de dados uma vez que esta permite ao colaborador estabelecer com o entrevistado “(...) uma conversa amena e agradável no decurso (...)” da qual são proporcionadas informações ao investigador. Destacamos ainda que este instrumento não só permite que as “(...) perguntas se sucedam de modo natural (...)” mas que oportunamente “(...) se efetuem os porquês e os esclarecimentos circunstanciais (...)” de modo, a que melhor se compreendam não só as respostas como também a linha de raciocínio que lhes estejam inerentes (Sousa, 2009, p. 247).

Em investigação qualitativa e de acordo com Bogdan e Biklen (1994, p. 134):

(...) a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo.

A entrevista como um método de recolha de informação que deve “(...) apresentar necessariamente um carácter multilateral: a entrevista de uma única pessoa não faz qualquer sentido no quadro da recolha de informação pelo menos quando a entrevista constitui o principal método escolhido” assim como indicam De Ketele e Roegiers (1993, p. 20). No nosso caso, as entrevistas foram realizadas a uma “(...) seleção precisa de pessoas bem determinadas em função do objetivo a atingir” (De Ketele & Roegiers, 1993, p. 20).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005, pp. 191-192), a entrevista destaca-se “pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interação humana (...) durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas perceções de um acontecimento ou de uma situação, as suas experiências (...)”, possibilitando ao entrevistador orientar o decorrer da entrevista tendo em conta os “(...) objetivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade”.

De Ketele e Roegiers (1993, p. 22), referem que:

a entrevista é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas selecionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre os factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos de recolha de informações.

Neste sentido recorreremos à entrevista semi dirigida, pois apesar de prepararmos previamente as questões que pretendemos ver respondidas e após uma certa orientação inicial, deixamos “(...) que o entrevistado siga depois a sua linha de raciocínio, intervindo apenas nos momentos em que “(...) possa estar a desviar-se do assunto em questão” (Sousa, 2009, p. 249).

Por um lado trata-se de permitirmos que o próprio entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objeto perspetivado, e daí o aspeto ‘não diretivo’. Por outro porém, a definição do objeto de estudo elimina do campo de interesse diversas considerações para as quais o entrevistado se deixa naturalmente arrastar, aprofundamento de partes que ele próprio não teria explicitado, e daí desta vez, o aspeto ‘diretivo’ das intervenções do entrevistado” (Albarello *et al.* 1997, p. 87).

Este tipo de entrevista não exige uma ordem rígida das questões, adaptando-se o desenvolvimento da mesma ao entrevistado, mantendo-se sempre um elevado grau de flexibilidade na elaboração das questões (Fortin, 1999). Alguns autores, como Quivy e Campenhoudt (2005, p. 193) realçam que a “entrevista semi dirigida é certamente a mais utilizada em investigação social, na qual o investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos de cada vez que o colaborador deles se afastar”.

Dezin (1978), referido por Goetz e LeCompte (1988, pp. 133-134), distingue como uma forma de entrevista “a entrevista estandardizada não *presecuencializada*” na qual se fazem as mesmas “(...) perguntas e questões exploratórias a todos os respondentes, no entanto a sua ordem pode ser alterada de acordo com as reações destes, (...) mas a flexibilidade na ordem das perguntas permite uma atitude mais natural e recetiva por parte do entrevistador”.

Savoie-Zacj (2003, p. 281) propõe definições autónomas para os conceitos, entrevista e entrevista semi dirigida. Relativamente à primeira, a autora refere que ela decorre da tentativa de conciliar e integrar vários aspetos referidos por diferentes autores (Daunais, 1992; Erlandson, 1993; Kvale, 1996; Mishler, 1986; Paton, 1990; Pausé, 1984), resultando assim “numa interação verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilharem um saber experienciado e isto, para melhor compreender um fenómeno de interesse para as pessoas implicadas”. Quanto à entrevista semi dirigida, a autora refere que esta

consiste numa interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo (Savoie-Zacj, 2003, p. 282).

Os autores Quivy e Campenhoudt (2005, p.194) destacam como vantagens do uso deste instrumento “o grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos (...) e a flexibilidade e a fraca diretividade do dispositivo (...)” o que possibilita ao investigador respeitar de igual forma tanto os seus objetivos de trabalho como as características pessoais dos colaboradores. Neste sentido, Savoie-Zajc (2003) refere como objetivos da entrevista semi dirigida: tornar claro o mundo do colaborador; a perceção do mundo do participante; dar a oportunidade aos interlocutores de organizar e estruturar o seu pensamento, produzindo um determinado saber associado a uma construção mútua de interações vivenciadas; por último, a função emancipatória, onde as questões são uma reflexão incentivadora de tomadas de consciência e mudanças, tanto do investigador como dos participantes.

Podemos ainda salientar que, tendo em conta a sugestão de Powney e Watts (1987, cit. por Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2008, p. 162), a entrevista orienta-se para a resposta visando a recolha de informações sem considerar “(...) de modo absoluto a ordem de aparição das informações no desenvolvimento do processo”.

No entanto Flick (2004, p. 107), destaca alguns problemas que se podem colocar na aplicação e desenvolvimento da entrevista semi dirigida, “por uma parte problemas de mediação entre a contribuição da guia da entrevista e as intenções da pergunta da investigação e, por uma outra, o estilo da apresentação da pessoa entrevistada”. Assim, cabe ao investigador, no decurso da entrevista, alterar ou não a ordem das perguntas ou não realizar algumas que possam já estar respondidas de modo a evitar repetições e a rentabilizar a sessão. É sua função também, perceber a altura mais adequada para realizar determinadas perguntas, para pedir mais detalhes ou não, mantendo o decurso da entrevista dentro dos seus objetivos e tema de investigação.

Parece-nos por isso que a entrevista reúne requisitos favoráveis à recolha exhaustiva e integral de informação tal como se pretende de uma investigação qualitativa. Foi neste sentido que elaborámos um guião de entrevista a realizar aos pais ou aos encarregados de educação de crianças com PHDA que frequentam a escola.

Para a elaboração das entrevistas, tivemos em consideração três critérios referidos por Flick (2004, p. 91): o critério da especificidade, ou seja, “ (...) a entrevista deve mostrar os elementos específicos que determinam o efeito ou o significado de um evento para a pessoa entrevistada, para impedir que a entrevista remanesça no nível das declarações gerais”; o critério da amplitude, o qual procura garantir que todos “os aspetos e temas relevantes para a pergunta de investigação são mencionados durante a entrevista”; e o da profundidade e contexto pessoal “(...) que mostra à pessoa entrevistada que deve assegurar que os respostas emocionais na entrevista vão além das avaliações simples como agradável ou desagradável”.

“Organizar uma investigação privilegiando a entrevista semi dirigida como modo de recolha de dados”, é na opinião de Savoie-Zajc (2003, p. 298), “(...) uma intenção clara da parte do investigador de se situar no paradigma que privilegia o sentido dado à experiência”. Por isso, a mesma autora refere dois dos critérios de validação próprios deste género de investigação: a credibilidade (que se efetua de um modo intersubjetivo tendo em conta tanto as perspectiva do participante como as do investigador em relação à investigação, subjacente à questão “será que esta construção de sentido é plausível considerando a experiência e o conhecimento que tenho deste fenómeno?) e a transferibilidade (refere-se aos resultados obtidos, em que medida estes podem ajudar a compreender a dinâmica de uma outra situação que apresente características semelhantes)” (Savoie-Zajc, 2003, p. 299).

A mesma autora (2003, p. 293) discursa sobre a condução da entrevista semi dirigida, identificando três momentos de crucial importância: “(...) o acolhimento, a entrevista propriamente dita e o fecho”. Por acolhimento, a autora entende os momentos que antecedem a entrevista, altura para “quebrar o gelo”, para que se estabeleça uma relação de confiança onde é garantida a confidencialidade das informações transmitidas pelo entrevistado. É também nesta fase que o entrevistador pede autorização, ao entrevistado, para registar a entrevista. No desenrolar da “entrevista propriamente dita”, tendo em conta o seu guião, o entrevistador promoverá o evoluir da mesma. Nesta fase, o entrevistador deve tomar notas, não só das ideias principais, mas também de algum assunto que queira aprofundar mais. Quando a entrevista chegar ao seu termo, o entrevistador deverá cuidar para que esta não tenha um fim abrupto, não se esquecendo de concluir agradecendo por toda a colaboração.

Ora, estes três momentos de crucial importância de que nos falava a autora Savoie-Zajc (2003), revestem-se nos procedimentos a respeitar para a construção e

realização das entrevistas que nos propomos desenvolver, os quais passamos seguidamente a especificar.

4.5 Procedimentos

Partindo da nossa questão de investigação, foi delineado um esquema da entrevista e deu-se início aos contatos com os encarregados de educação, pois tal como menciona Savoie-Zajc (2003, p. 289) o investigador deve ter em conta dois cuidados: “o da planificação de um esquema de entrevista e a escolha dos respondentes suscetíveis de possuírem uma competência relacionada com o objeto de estudo”.

Antes de elaborar o guião definitivo da entrevista e respeitando o defendido por Oppenheim (1979), o guião foi submetido à opinião de alguns especialistas, neste caso específico a especialistas na área da PHDA que nos apresentaram as suas críticas, no sentido de melhorar o referido instrumento de recolha de dados. De seguida, procedeu-se à realização de um pré-teste ao esquema, da entrevista, acima referido. Este pré-teste foi realizado pela aplicação do esquema da entrevista a três pessoas que reuniam as características adequadas a este estudo, mas que não fizeram parte do grupo final de entrevistados.

Das sugestões e reflexões sobre este exercício, em paralelo com as opiniões da orientadora e coorientadora, avançámos para a elaboração do guião de entrevista a operacionalizar. A autora Savoie-Zajc (2003, p. 289) realça a importância da realização de um esquema de entrevista, pois considera que este “(...) é um guia no qual o investigador identifica os temas, os subtemas e as questões de orientação com o objetivo de recolher dados pertinentes para a investigação”.

Este guião funciona, ainda, como um elemento estimulador da conversação, permitindo-nos intervir de forma pertinente e encaminhar o entrevistado no sentido de aprofundar, o mais possível o seu pensamento, respeitando a ordem e exposição do mesmo.

Escutando atentamente a pessoa entrevistada, o investigador deverá facilitar a sua expressão, deverá motivá-la para seguir o seu discurso e deverá orientá-la através dos caminhos mais suscetíveis de fornecer informações sobre os objetivos da pesquisa. (Pourtois & Desmet, 1988, p. 32).

De seguida, procurámos obter a anuência do Conselho Pedagógico do Agrupamento de Escolas onde íamos realizar este estudo. Tendo: revelado em linhas gerais a problemática da pesquisa, bem como os seus objetivos; explicitado o interesse

do estudo, assim como, o fim a que se destina; explicado a razão porque foram escolhidos os encarregados de educação e referido a natureza confidencial das respostas.

As entrevistas realizaram-se a dezassete pessoas, com as quais se estabeleceram previamente contactos de modo “(...) a interessá-las pela investigação” (Savoie-Zajc, 2003, p. 291). Estes primeiros contactos, foram realizados pessoalmente com todos os Encarregados de Educação com o objetivo de nos apresentarmos pessoalmente e formalmente às famílias. Estes contactos tiveram ainda como intenção expor o género do trabalho que nos propúnhamos realizar, da mesma forma que identificar perante as famílias as razões pelas quais se constituíam respondentes válidos às entrevistas.

As entrevistas, realizadas durante os meses de dezembro de 2010 e janeiro de 2011, foram gravadas em registo áudio e posteriormente reproduzidas por escrito, tendo em “atenção que os dados colhidos deverão procurar refletir objetivamente o que os colaboradores responderam” (Sousa, 2009, p. 252). As entrevistas foram realizadas em locais acordados com cada um dos respondentes, tendo em conta a sua disponibilidade e tendo também em atenção as características do espaço escolhido em si, de preferência reservado, acolhedor e sem interferências exteriores.

Seguidamente, procedeu-se à análise e interpretação dos dados. Consoante a disponibilidade das famílias, o respondente variou no grau de parentesco com a criança (pai, mãe, avô, avó, irmã ou madrinha).

Nesta conversa realizada de forma individual, respeitámos a linha de pensamento do entrevistado, não descurando a pertinência das respostas relativamente ao objeto de estudo. Preocupámo-nos, no sentido de criar um clima informal e de confiança, em tentar controlar o contexto interpessoal e as condições sociais da interação.

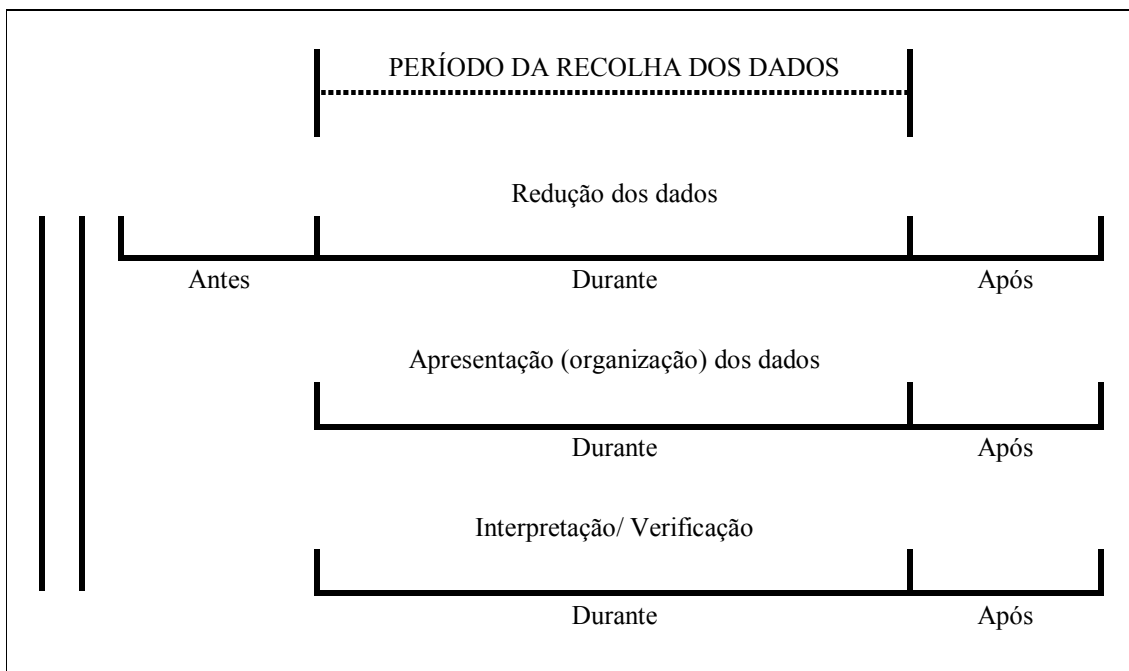
Impõe-se a definição de um certo número de princípios necessários à sua concretização, princípios que podem servir, simultaneamente de ponto de partida para a elaboração das instruções a fornecer aos entrevistados. Em síntese podemos agrupar em três pontos esses princípios orientadores da condução da entrevista: 1º evitar na medida do possível, dirigir a entrevista; 2º não restringir a temática abordada; 3º esclarecer os quadros de referência utilizados pelo entrevistado. (Estrela, 1990, p. 354)

Durante esta fase do nosso estudo referimo-nos à análise da informação, ou seja, ao processo de procura das evidências na informação recolhida, para a relacionar com os objetivos do estudo. Recolhida a informação, em áudio e após uma audição integral, procedemos à transcrição das dezassete entrevistas. Nesta transcrição procurámos ser fiéis aos enunciados e ao sentido da expressão dos entrevistados.

Tendo em conta o modelo interativo de análise dos dados na investigação qualitativa, proposto pelos autores Miles e Huberman (1984, p. 23 cit. por Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008, p. 107), existem três passos a considerar: “ a redução dos dados, a sua apresentação e a interpretação/verificação das conclusões”. Dado que, no seu entender, “(...) a análise qualitativa é cíclica ou interativa”, também o modelo por eles defendido assim se caracteriza, “(...) já que implica um vaivém entre as diversas componentes” (Miles & Huberman, 1984, p. 24 cit. por Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008, p. 109).

O esquema abaixo apresentado permite-nos perceber a localização temporal das três componentes de análise, que se encontram durante o processo, comparativamente com o período da recolha de dados. É de salientar que a componente da redução de dados é transversal a toda a investigação, e não apenas no durante e no após o período de recolha dos dados.

Quadro 4: Modelização das três componentes do modelo interativo da análise dos dados, segundo Miles e Huberman (1984, p. 24 retirado de Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008, p. 108)



Ainda a propósito da análise de dados qualitativos, Bardin (1977, p. 116) refere que desde a primeira metade do século XX que se verificou uma mudança na conceção da análise de conteúdo, consequência da discussão entre a abordagem quantitativa e a abordagem qualitativa, tendo-se compreendido “(...) que a característica da análise de conteúdo é a *inferência* (variáveis inferidas a partir de variáveis de inferência ao nível

da mensagem), quer as modalidades de inferência se baseiem ou não, em indicadores quantitativos”.

Henry e Moscovici (1968) citados por Bardin (1977, p. 40) referem que “qualquer análise de conteúdo visa, não o estudo da língua ou da linguagem, mas sim a determinação mais ou menos parcial do que chamaremos as condições de produção dos textos, que são o seu objeto.”. Ou seja, o objetivo é a caracterização das condições de produção e não do texto em si, procurando estabelecer uma correspondência entre as “palavras” e as “ações”, pois “as manifestações da mesma realidade pela comunicação, podem modificar-se rapidamente (...)” (Bardin, 1977, p. 115).

A mesma autora (Bardin, 1977, p. 95), indica ainda três pólos cronológicos para a organização da análise: “ pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”. O primeiro pólo, constitui a “fase da organização propriamente dita, (...) tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”. É neste pólo, que se situa a leitura flutuante das entrevistas que permitem, não só a elaboração dos objetivos, como também a opção da dimensão e direção de análise. Quanto ao segundo pólo, a autora (p. 101) refere que é “(...) a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas, (...) consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração”. No que se refere ao terceiro pólo, a autora destaca-o como a altura dos resultados serem “(...) tratados de maneira a serem significativos («falantes») e válidos”, procede-se à realização de inferências e à sua interpretação.

Ainda Bardin (1977, p. 103), refere que “tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação (...) dos dados brutos do texto, (...) permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer acerca das características do texto, que podem servir de índices”. Complementando esta ideia, Holsti, citado por Bardin (1977, pp. 103-104) diz que “a codificação é o processo pelo qual dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”.

No nosso caso, após a transcrição das entrevistas e de acordo com Bardin (1988) procedemos a uma leitura flutuante da informação, uma fase exploratória, que nos

permitisse, a partir de indicadores, criar categorias emergentes. A seleção destes indicadores foi operacionalizada a partir dos temas de análise.

O tema é uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente um tema não pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode reenviar (e reenvia geralmente) para diversos temas (Bardin, 1988, p. 105).

Este processo de identificação de conjuntos de unidades de registo que se revelaram pertinentes, permitiu-nos estabelecer alguma quantificação à informação que recolhemos.

Quantificar pode significar desdobrar unidades parecidas (...) implica, muitas vezes, a classificação dos elementos seguindo determinada ordem (...). Desde que transformemos os dados qualitativos em elementos quantificáveis deve-se utilizar indicadores (Grawitz, 1996, p. 360).

O guião da entrevista foi construído a partir da fase exploratória e constitui um plano de ação que está dividido por blocos temáticos e objetivos, aos quais correspondem determinados pontos que desejamos explorar. Contempla, em traços gerais: i) o modo de aplicação do guião; ii) as atitudes esperadas por parte do entrevistado e iii) o que esperamos do discurso do mesmo. Este foi elaborado tendo em conta os momentos chave defendidos por Albarello *et al.* (1997) e que nos permitiram arquitetar a seguinte estrutura:

Quadro 5: Arquitetura do guião da entrevista

| | |
|---|--|
| Preliminares – pretende-se envolver o entrevistado de modo a que interiorize que o seu ponto de vista é importante. É uma fase de motivação, de recordação dos objetivos do estudo e do quadro institucional em que o mesmo se desenvolve. | Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado – este bloco foi operacionalizado em pequenos grupos, coincidentes com as diversas equipas de intervenção direta que constituem o projeto. Com ele propusemo-nos envolver os entrevistados no estudo de modo a que pudessem perceber melhor os nossos propósitos e considerassem as suas respostas como úteis à persecução da pesquisa. |
| Início – refere-se a questões sobre a situação do entrevistado permitindo- | |

| | |
|---|--|
| <p>nos compreender melhor as questões seguintes, ao mesmo tempo que tem como função “preparar” o entrevistado para as mesmas. Esta fase possibilita, também, ao entrevistado, uma primeira organização do pensamento face ao objeto em estudo.</p> | |
| <p>Corpo – é constituído pelas questões diretamente relacionadas com o objeto de estudo e que no fundo o permitem concretizar enquanto tal.</p> | <p>Elementos de organização – propusemo-nos recolher dados que nos permitam compreender as perceções dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA.</p> <p>Elementos de estrutura – tentámos recolher informações que nos permitam conhecer como são percecionadas as necessidades de informação/formação dos Encarregados de Educação de crianças com PHDA.</p> |
| <p>Fim - permite-nos confirmar o grau de liberdade das respostas do entrevistado, possibilitando-nos, ao mesmo tempo, recolher informações sobre o modo como decorreu a entrevista, o que pressupõe, de algum modo, determinar a sua validade.</p> | <p>Informações de caráter complementar – um bloco aberto onde procurámos que o entrevistado nos expressasse opiniões com o objetivo de reforçar ou complementar a informação prestada anteriormente.</p> |

Todavia, somente com uma análise mais pormenorizada e detalhada das entrevistas e com a identificação das unidades de registo, nos foi possível determinar ao certo as categorias e as subcategorias finais integrantes da grelha de análise de conteúdo das entrevistas.

Após a problematização do teor da nossa investigação, foram apresentados os objetivos que nos propomos atingir com a realização deste trabalho.

Pela apresentação e fundamentação da metodologia selecionada, identificámos o instrumento mais adequado a utilizar na recolha de dados.

Com o cumprimento das formalidades anteriormente destacadas e com o esclarecimento dos procedimentos necessários para a recolha e tratamento de dados, passámos à operacionalização do instrumento por nós criado e devidamente validado.

Resta destacar uma vez mais que as entrevistas foram realizadas, depois de marcação prévia de data, hora e local, mediante a disponibilidade dos respondentes com a garantia de confidencialidade das informações prestadas pelos entrevistados.

Assim, seguidamente, passamos à apresentação e discussão dos dados recolhidos.

CAPÍTULO V – Apresentação e Discussão dos Dados

Neste capítulo, descrevemos os dados obtidos a partir das entrevistas realizadas aos encarregados de educação. Por uma questão de método, a apresentação dos dados respeitará a ordem dos blocos da entrevista.

Tal como referimos anteriormente, as entrevistas foram realizadas no decorrer dos meses de dezembro de 2010 e janeiro de 2011, a dezassete encarregados de educação de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, a frequentar o 1º Ciclo do Ensino Básico. De acordo com a disponibilidade de cada encarregado de educação, as entrevistas foram realizadas apenas a um respondente de forma individual.

De acordo com os critérios de reflexão do nosso estudo, os Encarregados de Educação entrevistados têm em comum a característica de ter crianças com PHDA a frequentar o 1º CEB, de forma a centrar nesse nível de ensino a experiência dos Encarregados de Educação no que diz respeito às perceções que cada um teve em período de tempo idêntico.

Antes de procedermos à apresentação e discussão dos dados, tivemos que proceder à análise detalhada de cada uma das entrevistas. Assim, tal como mencionado no ponto “Procedimentos”, depois da transcrição das entrevistas realizámos a análise de conteúdo das mesmas. Da transcrição resultaram uma série de categorias e subcategorias compostas por diversas unidades de registo delas representativas.

A cada uma das entrevistas fizemos corresponder as letras EE e um número (ex: EE1), codificando-as de forma a facilitar, não só a sua análise, mas também a organização e identificação das respetivas unidades de registo nas diversas categorias aferidas. Esta codificação permitiu também garantir o anonimato dos encarregados de educação entrevistados e a confidencialidade das informações recolhidas.

De forma a melhor compreendermos os dados e para melhor entendimento do significado das próprias categorias, introduziremos, ao longo da sua descrição, pequenos excertos das diferentes entrevistas. No final de cada bloco, faremos uma pequena síntese com o objetivo de sistematizar a quantidade de informação recolhida e, posteriormente, analisá-la e discuti-la. Na análise e discussão, daremos relevância aos dados mais expressivos, relacionando-os entre si e, sempre que acharmos pertinente, com o enquadramento teórico efetuado.

Tendo sempre presente o objetivo central deste trabalho - *“Compreender quais as percepções dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA”* bem como as questões de investigação começámos por direcionar a análise para as informações recolhidas no que se refere à percepção que os encarregados de educação têm sobre a PHDA. As categorias que sobrevieram dessa análise foram equacionadas tendo-se em conta a percepção dos encarregados de educação, nomeadamente no que respeita:

- i) ao entendimento relativamente à PHDA;
- ii) às alterações à dinâmica familiar;
- iii) às preocupações no momento do diagnóstico;
- iv) preocupações atuais;
- v) e, às preocupações com o futuro.

Surgiram ainda categorias para percebermos as necessidades de informação/formação dos Encarregados de Educação de crianças com PHDA.

Com enfoque nas informações e opiniões expressas nos relatos dos encarregados de educação, prosseguimos este estudo com a apresentação e discussão dos dados recolhidos. Como já referimos anteriormente, pretendemos orientar esta tarefa de modo a transformar os dados significativos numa expressão e descrição do conteúdo das entrevistas.

5.1. Apresentação dos Dados

Por uma questão de organização e apresentação dos dados acataremos a ordem das categorias da entrevista. Na apresentação destes respeitar-se-á, sempre que considerarmos pertinente e para melhor entendermos as suas diferenças, a individualidade de cada um dos encarregados de educação. De forma a uma melhor exposição dos dados e para compreendermos melhor o significado das próprias categorias, introduziremos, como já referido, ao longo da sua descrição, pequenos excertos das diferentes entrevistas.

Entendimento relativamente à PHDA

De seguida damos a conhecer algumas das opiniões dos encarregados de educação relativamente à perceção que denotaram sobre a PHDA.

De referir, que no anexo III encontram-se os quadros com a análise de conteúdo feita às entrevistas de forma mais pormenorizada.

Quadro 6: Entendimento relativamente à PHDA

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA |
|--|---|------------|
| Perceção/ Entendimento dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA. | Comportamentos | 7 |
| | Atenção/ Concentração | 16 |
| | Impulsividade | 5 |
| | Agitação motora | 13 |
| | Dificuldade em seguir orientações e obedecer a regras | 5 |
| | Aspetos clínicos | 4 |
| | Mensagens de terceiros | 8 |

De acordo com o objetivo: “*Identificar as perceções parentais relativas à PHDA*” e ao perguntarmos aos diversos encarregados de educação qual a perceção sobre a PHDA, verificamos no quadro anterior, que a grande maioria refere os aspetos de *atenção/concentração* (16) e *agitação motora* (13) objetivando expressões como por exemplo: “*Ele não consegue (...) fazer os trabalhos do princípio ao fim.*” (EE1), “*Ela nunca acaba os trabalhos, não porque não saiba, mas porque está na lua. (...)*” (EE3), “*Está sempre de cabecita no ar.*” (EE7), “*(...) nunca está com atenção, não termina os trabalhos, (...)*” (EE8), “*(...) quando o chamamos atenção ele volta, mas depois distrai-se de novo.*” (EE11). Mais especificamente no que refere à *agitação motora* salientamos expressões como: “*(...) o problema do meu filho é que não o deixa estar quieto na cadeira, (...)*” (EE2), “*Ela não conseguia fazer uma refeição à mesa sem se levantar, (...)*” (EE8), “*(...) não para quieto um minuto, (...)*” (EE9), “*(...) está sempre de pé a correr de um lado para o outro.*” (EE14). Para além desta especificidade os encarregados de educação referem, embora em menor número, *comportamentos* (7) no geral e os aspetos relacionados com a *impulsividade* (5). São disso exemplo, respetivamente, expressões: “*Sempre achámos o R. muito reguila (...)*” (EE1), “*estou sempre em cima dele para não fazer asneiras.*” (EE4), “*(...) não pode ser batida, a criança se for batida pior é, mais se enerva, mais excitado fica, (...)*”

(EE12) e “ (...) não tem a noção do perigo. Se for preciso vai buscar uma bola ao meio da estrada com carros a passarem.” (EE9).

Em números menos significativos temos, perceções centradas na *dificuldade em seguir orientações e a obedecer a regras* (5) e nos *aspetos clínicos* (4) como nos é possível observar, respetivamente, pelas seguintes expressões: “*Temos dias, tem alturas em que faz aquilo que lhe mando, tem outras alturas em que só quer fazer aquilo que ela quer.*” (EE10), “*(...), é teimoso e faz as coisas sempre mal.*” (EE4), “*Eu sei que é algo no cérebro (...).*” (EE3), “*Para já acho que é uma doença (...).*” (EE12)

Alterações à dinâmica familiar

De forma a “*Identificar se existem alterações à dinâmica familiar*”, um dos objetivos definidos, apresentamos agora as perceções dos encarregados de educação quanto às possíveis *alterações à dinâmica familiar*.

Quadro 7: Alterações à dinâmica familiar

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA |
|--------------------------------|-----------------------|------------|
| Alterações à dinâmica familiar | Preocupações | 2 |
| | Menor disponibilidade | 2 |

Ao perguntarmos aos diversos encarregados de educação se houve *alterações à dinâmica familiar*, verificamos que há, segundo os encarregados de educação, mais *preocupações* (2), como observamos no quadro n.º 7. Os encarregados de educação referem que: “*O que mudou?! Preocupações!*” (EE10), “*Pôs um bocado a família preocupada, ansiosa, (...)*” (EE13).

A este tipo de preocupações acresce que a família é obrigada a gerir de forma completamente diferente as suas dinâmicas, referindo que têm menos disponibilidade para realizar determinadas tarefas (2) que até então faziam parte das suas rotinas. Um encarregado de educação diz que “*Mudou tudo, quer dizer... todas aquelas distrações, também já não tenho assim muitas.*” (EE12), acrescentando que “*Ir aqui, ali ou acolá por vezes privo-me de ir (...).*” (EE12).

Preocupações no momento do diagnóstico

De seguida apresentamos as opiniões dos encarregados de educação relativamente às preocupações no momento do diagnóstico.

Quadro 8: Preocupações no momento do diagnóstico

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA |
|--|---------------------------|------------|
| Preocupações no momento do diagnóstico | Culpabilização | 11 |
| | Desvalorização | 7 |
| | Necessidade de informação | 12 |
| | Aceitação/Compreensão | 12 |

Tendo em conta o objetivo: “Identificar as preocupações dos encarregados de educação em diferentes fases da vida familiar (passado)” questionámos os encarregados de educação sobre as preocupações no momento do diagnóstico e verificámos que as suas respostas estão focalizadas, com a mesma frequência, na Aceitação/Compreensão (12) e na Necessidade de Informação (12), seguido de aspetos que se referem à atitudes de Culpabilização (11). Como exemplo de respostas que nos parecem ser de Aceitação/Compreensão temos as seguintes expressões: “Eu, o meu marido e a irmã passámos a ter mais paciência para podermos ajudar a nossa filha. A irmã é muito paciente com ela, ajuda-a muito, têm uma boa relação.” (EE7), “Tive que mudar, ou melhor tivemos que mudar. Não deixamos fazer tudo mas temos mais calma, falamos com mais calma e tentamos que ele veja o que aconteceu se fez bem ou não e como pode fazer melhor.” (EE17). Quanto a expressões que nos indicam que os encarregados de educação têm Necessidade de informação temos os seguintes exemplos: “(...) quando vim para casa tentei pesquisar muita coisa na internet.” (EE9), “Tentei ver o que podia conseguir de apoios na escola, que médicos o podiam ver, (...)” (EE17). Ainda podemos observar, em menor número, discursos relativos a algumas atitudes por parte dos encarregados de educação, de culpabilização. São disso exemplo as seguintes expressões: “Pensei que a culpa tinha sido minha porque não tive uma gravidez muito calma.” (EE3), “Senti um desgosto grande porque a gente pensa sempre o melhor dos nossos, não é (...)” (EE12).

Preocupações atuais

Apresentamos agora algumas das opiniões dos encarregados de educação relativamente às *preocupações atuais*.

Quadro 9: Preocupações atuais

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA |
|----------------------------|---|------------|
| Preocupações atuais | Escola/Aprendizagem | 29 |
| | Atitudes de resignação | 6 |
| | Atitudes de envolvimento/suporte perspetivando mudanças | 27 |
| | Necessidades de informação relacionadas com o comportamento | 14 |
| | Necessidades de informação relacionadas com a atenção/concentração | 17 |
| | Necessidades de informação relacionadas com estratégias de apoio/aprendizagem | 20 |
| | Necessidades de informação relacionadas com a medicação | 2 |

De forma a responder ao objetivo: “*Identificar as preocupações dos encarregados de educação em diferentes fases da vida familiar (presente)*”, questionámos os participantes neste estudo sobre as preocupações no momento atual. Verificámos que os dados confirmam que as maiores preocupações, para além dos comportamentos, centram-se em aspetos relacionados com a *Escola e a Aprendizagem* (29), podemos verificar estes resultados em respostas como: “*Ele tem todas as capacidades, mas precisa de ajuda na escola para se concentrar.*” (EE5), “*Quero que a minha filha tenha sucesso na escola.*” (EE7), “*(...) passámos a ter mais preocupação para arranjar mais ajudas na escola. Agora temos uma senhora explicadora para o ajudar.*” (EE15).

Tendo ainda por referência as *preocupações atuais* são dadas respostas onde é perceptível a *atitude de envolvimento/suporte perspetivando mudanças* (27) dos encarregados de educação. Atitudes essas que podem influenciar o desenvolvimento das crianças, como podemos observar pelas seguintes expressões: “*Tenho de ter paciência com ele para ele fazer os trabalhos da escola, para tentar que ele não se distraia.*” (EE4), “*(...) tentar ajudá-la o melhor possível e tentar sempre compreendê-la (...) noto que as coisas estão a ir com muitos bons resultados.*” (EE13), “*Acho que vai ser bom, temos de ter paciência e agora que eu e o pai estamos mais calmos ele também fica mais calmo.*” (EE17).

Em oposição, ainda na mesma categoria, encontramos algumas referências a *atitudes de resignação* (6), como são exemplo as seguintes expressões: “*É complicado, até para pessoas normais.* (EE14), “*Às vezes já não me apetece vir à escola, o C. não faz nada bem.*” (EE15).

Nesta fase pretendíamos também responder ao objetivo: “*Aferir sobre as necessidades de informação/formação dos Encarregados de Educação de crianças com PHDA*” e verificámos que os encarregados de educação referem, em grande número, como *necessidades de informação as relacionadas com estratégias de apoio/aprendizagem*, como é possível ver pelas seguintes expressões: “*Gostava de conhecer mais estratégias (...) para começar a ter melhores notas.*” (EE1), “*Gostava de saber mais como posso ajudar os professores é que é muito complicado para fazer ele os trabalhos.*” (EE2), “*Não sei como posso fazer para que ele na escola fique bem, (...).*” (EE15). Outras necessidades referidas pelos encarregados de educação são as *necessidades de informação relacionadas com a atenção/concentração* (17) e as *necessidades de informação relacionadas com o comportamento* (14). Como exemplo de respostas de *necessidades de informação relacionadas com a atenção/concentração* temos as seguintes expressões: “*Ele é muito desinteressado nas aulas, gostava de saber o que posso fazer para que ele se concentre mais, (...).*” (EE6), “*(...) como a posso ajudar a estar mais atenta para estar bem na escola.*” (EE7). Quanto a expressões que nos indicam que os encarregados de educação têm *necessidade de informação sobre o comportamento* dos seus educandos temos os seguintes exemplos: “*Gostava de conhecer mais estratégias para lidar com os comportamentos dele (...)*” (EE1), “*Sobre como ajudar (...) a melhorar o comportamento.*” (EE15). Estas necessidades estão relacionadas, em nossa opinião, sobretudo com as dificuldades que estas crianças encontram em contexto escolar.

Por último, referido menos vezes pelos encarregados de educação, surgem as *necessidades relacionadas com a medicação*. São disso exemplo as seguintes expressões: “*Sobre medicação. Não sei se deva dar, (...)*” (EE3), “*(...) gostava que dentro da doença dele, dos medicamentos, que houvesse outra que o fizesse andar mais calmo.*” (EE12).

Preocupações com o futuro

Ainda relacionado com as preocupações em diferentes ciclos de vida em que a família se encontra, iremo-nos debruçar, de seguida, nas preocupações futuras das famílias de crianças com PHDA.

De seguida mostramos as opiniões dos encarregados de educação relativamente às *preocupações com o futuro*.

Quadro 10: Preocupações com o futuro

| CATEGORIA | FREQUÊNCIA |
|---------------------------|------------|
| Preocupações com o futuro | 3 |

Tendo em consideração o objetivo: “*Identificar as preocupações dos encarregados de educação em diferentes fases da vida familiar (futuro)*” interrogámos os encarregados de educação sobre as *preocupações com o futuro*, observámos que essas preocupações se prendem essencialmente com a situação laboral, uma ideia que temos nas seguintes expressões: “ (...) para um dia conseguir um bom trabalho.” (EE1), “ (...) para poder ter um trabalho bom.” (EE4), “ (...) pode arranjar um bom trabalho e ter uma boa família.” (EE16).

Pertinência de reuniões com outros encarregados de educação

Nesta fase, depois de termos identificado as percepções dos encarregados de educação sobre a problemática e quais as maiores necessidades sentidas pelas famílias participantes no nosso estudo, pretendemos averiguar qual a pertinência de fazer reuniões e discussões com encarregados de educação de outras crianças com a mesma problemática, de forma a “*Conhecer qual a opinião dos pais relativamente à sua participação num programa de formação parental*”.

Apresentamos de seguida algumas das opiniões dos encarregados de educação relativamente à *pertinência de reuniões e discussões com encarregados de educação de outras crianças com a mesma problemática*.

Quadro 11: Pertinência de reuniões com outros encarregados de educação

| CATEGORIA | FREQUÊNCIA |
|---|------------|
| Pertinência de Reuniões e discussões com encarregados de educação de outras crianças com a mesma problemática | 16 |

Podemos observar que praticamente todos os encarregados de educação referiram que havia *pertinência para a realização de reuniões e discussões com encarregados de educação de outras crianças com a mesma problemática*. Relativamente a esta categoria um dos aspetos mais visíveis é do sentido de partilha e discussão de estratégias com quem vivencia os mesmos acontecimentos. São disso exemplo algumas expressões emitidas pela maioria dos encarregados de educação: “*Esses tipos de conversas deviam ser feitas muitas vezes (...)*.” (EE1), “*Gostava de ter alguém que ouvisse a minha experiência como mãe com um filho com este problema.*” (EE4), “*(...) era muito bom para poder falar com alguém que nos perceba.*” (EE6), “*(...) penso que para mim seria útil, para dar as minhas opiniões e para ouvir outros pais a contarem as suas experiências.*” (EE7), “*Não chega só ler, eu leio muito sobre o problema do J. mas acho que falar com outros pais seria melhor para ver como eles estão com os filhos. Podemos sempre melhorar.*” (EE17).

Assunto (s) que gostaria de abordar com outras famílias

Pretendemos nesta fase apresentar os assuntos que os encarregados de educação gostariam de poder abordar com outros Pais e/ou Familiares e “*Perceber a pertinência de realização de um grupo de formação parental*” de forma a identificar algumas linhas orientadoras para um projeto futuro.

Quadro 12: Assuntos que gostaria de abordar com outras famílias

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA |
|--|-------------------------------|------------|
| Assuntos, que gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias | Estratégias comportamentais | 14 |
| | Terapêutica médica | 6 |
| | Apoios e serviços disponíveis | 6 |
| | Mais informação sobre a PHDA | 2 |

Quando os encarregados de educação foram questionados sobre que *assuntos gostariam de poder abordar com outros pais/famílias*, a subcategoria que apresenta valores mais expressivos, são as *estratégias comportamentais* (14). Como exemplo disso temos as seguintes expressões: “*É sempre bom descobrir cada vez mais, para mim gostava de saber como eles fazem para eles acalmarem os filhos.*” (EE4), “*Gostava de falar sobre maneiras de trabalharmos com os nossos filhos (...).*” (EE6), “*Um dos assuntos que gostaria de abordar (...) eram estratégias para ajudar o meu filho a controlar o comportamento dele.*” (EE9), “*Dentro dos meus conhecimentos acho que era bom passar algumas estratégias que resultaram com o E. Só assim é que se pode levar estas crianças, a bater não dá.*” (EE12).

Com menos frequência aparecem-nos assuntos centrados na *Terapêutica médica* (6) *Apoios e Serviços disponíveis* (6) e *mais informação sobre a PHDA* (2) como nos é possível observar, respetivamente, pelas seguintes expressões: “*Gostava de poder falar (...), da medicação, porque não sei se é boa ou não.*” (EE2), “*Um dos assuntos que gostaria de abordar era o efeito dos medicamentos, se faz bem ou não.*” (EE9); “*Gostava de ver que apoios conseguiram na escola, no hospital e como fazem para lidar com os comportamentos deles.*” (EE1), “*(...) gostava também de saber que apoio é que têm na escola e como eu posso fazer para ele tirar boas notas.*” (EE2) e “*Quero saber mais sobre esta problemática, (...).*” (EE5), “*(...) queria saber (...) mais sobre a hiperatividade.*” (EE17).

5.2. Discussão dos Resultados

Na discussão dos resultados daremos relevância aos dados mais expressivos, relacionando-os entre si e, sempre que pertinente, com o enquadramento teórico efetuado.

Tal como referimos anteriormente a amostra dos colaboradores na nossa investigação foi composta por dezassete encarregados de educação de crianças com diagnóstico de PHDA e que frequentavam, à data de realização desta investigação, uma escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico do Concelho de Sintra.

Perceção dos Encarregados de Educação

Em relação à questão: “Qual o entendimento dos Encarregados de Educação sobre a PHDA?” e tal como já realçámos no enquadramento teórico, este tipo de perceções vão ao encontro do referido por Barkley (1998), que salienta estes comportamentos como os que mais interrogações criam tanto a professores como a famílias. Ainda segundo este autor, embora as famílias refiram estes comportamentos como problemáticos, é na sala de aula que a atividade motora em excesso é identificada como barreira, dado que é aí que a exigência ao nível da concentração e inibição da atividade se torna maior.

Tendo-se em conta que estes tipos de comportamentos se verificam com mais frequência na escola, parece-nos normal, que um número significativo de encarregados de educação percecionem a PHDA, sustentando-se nas *mensagens de terceiros* (8), nomeadamente docentes. São disso exemplo as seguintes expressões: “Tenho pena que a professora não veja isso, está sempre a dizer que é mal educado, (...)” (EE15), “ (...) porque os professores dizem que ele não para quieto.” (EE6), “É complicado. Ele tem tido muitas queixas da escola. Os professores dizem que ele perturba muito, (...)” (EE5). Para além destas os encarregados de educação fazem referência a algumas *mensagens de terceiros* onde não especificam quem as profere como são disso exemplo as seguintes expressões: “(...) porque é muito difícil, às vezes sentimo-nos atacados, por outras pessoas que não nos conhecem, que não sabem o que se passa e às vezes até por pessoas da nossa família.” (EE1), “Há quem diga que ela é mal-educada, mas ela não é mal-educada, não é mal comportada (...)” (EE7). Estas mensagens apesar da não

referência aos autores das mesmas parece-nos que podem causar *alterações à dinâmica familiar*, como explicitaremos quando analisarmos, mais à frente, a próxima categoria.

Ainda quanto às percepções, como podemos ler em algumas das expressões utilizadas pelos encarregados de educação, as mensagens partilhadas relativamente à PHDA nem sempre são as mais corretas, muitas vezes porque os próprios docentes desconhecem as implicações deste tipo de comportamentos. Como opinam Sosin e Sosin (2006, p. 13) “ainda existe uma enorme falta de consciencialização na classe docente para as realidades da PHDA.” Segundo os mesmos autores,

os professores de turma e de educação especial dizem frequentemente aos pais que os seus filhos são aluados, desatentos, inquietos e que não fazem os trabalhos de casa, mas que na realidade são inteligentes e poderiam fazer os trabalhos se se esforçassem um pouco (p. 13).

Este conjunto de dificuldades, designadamente a incapacidade para conter impulsos, associada aos problemas de atenção, traduz-se em várias limitações no quotidiano de quem tem PHDA. Para uma criança em idade escolar, isto constitui-se, na maioria das vezes no início de um processo de insucessos e falhanços que é muitas vezes, o ponto de partida para o encaminhamento/despiste da PHDA (Rodrigues, 2005).

Falardeau (1999, p. 27), menciona que alguns pais referem que a criança com PHDA “só faz o que quer”. Esta é uma característica destas crianças uma vez que têm “dificuldade em obedecer, em se deixar dirigir pelas regras estabelecidas”.

A literatura aponta-nos estas características em crianças com PHDA. Segundo García (2001, p. 12), essas crianças

mostram-se impacientes, não são capazes de esperar pela sua vez nas atividades em que participam com outros indivíduos e interrompem as tarefas ou atividades dos companheiros e dos membros das famílias. Pelo fato de as suas condutas refletirem uma fraca consciência do perigo, podem sofrer, facilmente, acidentes e quedas.

Contrariando o que é dito por um dos encarregados de educação, “*É uma doença que não se conhecia muito, só agora é que se fala muito.*” (EE11), esta não é uma perturbação dos dias de hoje. Still em 1902 (cit. por Lopes, 2004) descreveu um conjunto de crianças que apresentavam um excesso de atividade motora e um escasso controlo de impulsos. Still defendeu que a doença tinha uma origem orgânica e identificou características físicas comuns às crianças hiperativas: cabeça demasiado

grande, malformações no palato e vulnerabilidade às infeções. Mas independentemente de atualmente ser consensual que a PHDA é uma problemática com origens orgânicas, sabemos que o que mais cria problemas na família são as alterações à própria dinâmica da mesma que esta problemática pode acarretar.

Alterações à dinâmica familiar

Como já referimos no enquadramento teórico e de acordo com os dados recolhidos, de facto quando nasce um filho a dinâmica familiar altera-se em virtude deste acontecimento. Desta forma podemos responder à questão: “São percecionadas alterações à dinâmica familiar, decorrentes da PHDA?”, de forma positiva.

Dados esses que nos parecem ter alguma lógica pois como defende Melo (2003), as crianças com PHDA tem dificuldade em cumprir tarefas, em fazer amigos e os vizinhos queixam-se da sua agressividade e do seu relacionamento social imaturo. Em casa, os pais referem que são imaturas não ajudam nas tarefas domésticas, são irresponsáveis e muitas vezes ainda têm uma fraca autonomia, necessitando de ajuda para as suas tarefas quotidianas de higiene pessoal.

Para além destas preocupações mais gerais e pouco explícitas surgem algumas que são mais específicas e que se diferenciam tendo-se em conta os diversos momentos do ciclo de vida da família, nomeadamente o momento em que é diagnosticada a PHDA.

Preocupações no momento do diagnóstico

Ao tentarmos responder à questão: “*Que preocupações manifestam os Encarregados de Educação relativamente ao momento do diagnóstico?*” verificámos algumas atitudes de culpabilização por parte dos encarregados de educação, aspetos esses que já se verificaram na investigação de Dias (1998), na qual afirma que os familiares quando confrontados com o nascimento de uma criança com NEE as competências que se pensa, à partida, que os pais terão para lidarem com a situação, são ameaçadas. Este autor acrescenta ainda que a partilha simbiótica que normalmente se manifesta entre pais e filhos sofre ruturas, podendo-se observar interações de menor qualidade. A família perde a capacidade de manutenção de um equilíbrio interno no seu

próprio seio e, externamente, reduz as interações que poderia estabelecer com outras unidades sociais. Também García (2001, p. 41) afirma que

quando os docentes comunicam aos pais e aos familiares as suas suspeitas de que a criança poderá ser hiperativa, estes reagem com preocupação e inquietação perante esta possibilidade. Uma vez superado o desconcerto inicial, costumam contactar especialistas que trabalham no âmbito infantil. Fazem-no, em primeiro lugar, para encontrarem provas ou indícios que confirmem ou, caso contrário, retifiquem as informações dos professores, e, em segundo, para procurar ajuda na resolução dos problemas psicológicos que os seus filhos possam ter, uma vez provada a hiperatividade.

De acordo com Falardeau (1999, p. 95), “muitos pais sentem uma grande tristeza que, para alguns, se compara a um falecimento”. Como constatamos as perceções manifestadas pelos encarregados de educação sobre as preocupações no momento do diagnóstico vão ao encontro da opinião destes autores. Ainda relativamente ao momento do diagnóstico, com expressão menos significativa temos, perceções centradas na *desvalorização* da problemática como nos é possível verificar pelas seguintes expressões: “(..) *estava contente porque o meu filho não tinha nenhuma doença daquelas más.*” (EE1), “*Só pensava ainda bem que não é nada de grave.*” (EE6).

Já Falardeau (1999, p. 95) refere que a “notícia é má sobretudo para os pais. Conscientes da amplitude do problema, ficam aliviados, até certo ponto, por saber a verdade (...)”. É importante realçarmos neste momento, que tal como verificámos na categoria da *Perceção/Entendimento dos Encarregados de Educação*, mais precisamente na subcategoria dos *aspetos clínicos*, parece-nos que os encarregados de educação tendem a desvalorizar a origem orgânica desta problemática

De referir ainda que o número significativo (12) de encarregados de educação que afirma necessitar de informação. Estas necessidades serão exploradas mais à frente quando analisarmos os dados sobre as *preocupações atuais*.

Temos no entanto outras preocupações, como já referimos, de acordo com diferentes ciclos de vida em que a família se encontra, de seguida iremo-nos centrar nas preocupações existentes atualmente para as famílias de crianças com PHDA.

Preocupações atuais

Nesta fase da nossa investigação procuramos responder à questão: “*Que preocupações manifestam os Encarregados de Educação relativamente ao momento*

atual do seu educando?”. Tal como mencionámos na parte teórica do nosso estudo, os dados confirmam que as maiores preocupações, para além dos comportamentos, centram-se em aspetos relacionados com a *Escola e a Aprendizagem* (29). Um aspeto bastante significativo, em termos de frequência, possivelmente porque no momento atual as crianças se encontram a frequentar 1º CEB. Esta ideia é-nos transmitida em respostas como: *“Ele tem todas as capacidades, mas precisa de ajuda na escola para se concentrar.”* (EE5), *“Quero que a minha filha tenha sucesso na escola.”* (EE7), *“ (...) passámos a ter mais preocupação para arranjar mais ajudas na escola. Agora temos uma senhora explicadora para o ajudar.”* (EE15).

Pretendemos também perceber: *“Que necessidades manifestam os Encarregados de Educação no que diz respeito à PHDA?”* e tal como defende Turnbull (1984, cit. por Marques, 1997) uma das necessidades da família é a do atendimento educativo. O autor refere, nessa categoria, que as famílias de pessoas com deficiência manifestam-se confusas quanto ao que esperam da integração educacional. Por vezes, desenvolvem baixas expectativas em resultado das previsões dos profissionais e das atitudes públicas. Assim, para desenvolver substancialmente a natureza e dimensão da inclusão, os profissionais devem fazer um esforço no sentido de ajudar a família a elevar o nível das suas expectativas.

Estas preocupações surgem, na nossa opinião, uma vez que, tal como referimos na parte teórica, são vários os estudos que demonstram que as crianças com PHDA apresentam problemas em contexto escolar devido às dificuldades ao nível da atenção, como por exemplo, não terminarem as suas tarefas, sobretudo as mais monótonas como as que implicam a escrita, a leitura, a matemática ou exposição de um assunto oralmente. Por outro lado, apresentam mais dificuldades de memorização e de seguir instruções. Como tal, devem ser ensinadas de forma diferente, mesmo daquelas com dificuldades de aprendizagem (Richards *et al.* 1990). Ainda no seguimento desta ideia, Barkley (2002), refere que as crianças com PHDA aborrecem-se, ou perdem o interesse por aquilo que estão a fazer, mais rapidamente que as crianças sem PHDA e sentem-se atraídas por aspetos mais divertidos e recompensadores, em qualquer situação. Esta situação faz com que procurem mais alguma coisa para fazer, para além daquilo em que estão envolvidas, que seja mais interessante, mais divertido e estimulante, mesmo sem terem concluído o trabalho em que estavam envolvidas. De acordo com o que acabámos de referir, podemos inferir que estas preocupações vão ao encontro do verificado na categoria da *Perceção/Entendimento* quando os encarregados de educação manifestam

que grande parte das suas percepções acerca desta problemática são relativas a comportamentos de *atenção /concentração e agitação motora*, sendo que estes se constituem como uma das principais barreiras à aprendizagem e participação destes alunos. Mais se tivermos em conta, como verificamos anteriormente pelos dados já apresentados, que muitas destas percepções são construídas a partir de representação de terceiros, sobretudo dos professores. Assim, parece-nos natural que uma das principais *preocupações atuais* dos encarregados de educação esteja centrada no contexto escolar. Logo, parecem-nos lógicas que, a estas preocupações estejam relacionadas outras, já referidas no enquadramento teórico, que se prendem com o aspeto mais específico das aprendizagens.

Na mesma linha de pensamento podemos então melhor compreender porque é que os encarregados de educação referem, em grande parte, como necessidades *de informação as relacionadas com estratégias de apoio/aprendizagem*. A forma como a família encara esta realidade parece ser importante para melhorar o processo de integração social da pessoa com deficiência, ou para impedir que esse processo ocorra (Glat, 2004). As oportunidades de contatos sociais que a família proporciona à criança com NEE parecem ser fator facilitador da sua integração social.

Posto isto concordamos com Magerotte (1997, p. 134), quando exprime que o empenho destas famílias deve ser “(...) semelhante ao de todas as outras famílias, embora a sua situação as confronte com desafios suplementares”. As palavras de Glat (2004, p. 3) vêm ao encontro do que Magerotte diz, a autora refere que é essencial que a família dedique e foque a sua atenção no filho com necessidades educativas especiais procurando estimulá-lo e incentivá-lo ao máximo na conquista da sua autonomia, desenvolvimento e crescimento de modo a que este possa “(...) viver uma vida o mais semelhante possível dos demais membros da sua família, tornando-se em peso menor para todos”.

Por último, referido menos vezes pelos encarregados de educação surgem as *necessidades relacionadas com a medicação*. São disso exemplo as seguintes expressões: “*Sobre medicação. Não sei se deva dar, (...)*” (EE3), “*(...) gostava que dentro da doença dele, dos medicamentos que houvesse outra que o fizesse andar mais calmo.*” (EE12).

Preocupações com o futuro

Com vista a respondermos à questão: “*Que preocupações manifestam os Encarregados de Educação relativamente ao momento do diagnóstico, ao momento atual e ao futuro do seu educando?*”, verificamos que de acordo com o quadro n.º 2, constante do quadro teórico, referente ao ciclo de vida da família com uma criança com NEE, adaptado de Turnbull, Summers e Brotherson (1986) por Correia (1999, p. 151), verificamos que a *preocupação com o futuro* faz parte de um estágio mais avançado. Esta pode ser uma das razões que tenha levado poucos encarregados de educação a focarem-se neste aspeto, uma vez que, progressivamente, a família terá que se adaptar a cada nova exigência que surja, terá que encontrar soluções aos problemas que se vão colocando, procurando sempre desempenhar os seus papéis de forma válida e convincente.

Pertinência de reuniões com outros encarregados de educação

Com o objetivo de perceber “*Que necessidades manifestam os Encarregados de Educação no que diz respeito à PHDA?*”, tentámos perceber se os Encarregados de Educação consideravam pertinente a formação de um grupo parental para discutir com outros encarregados de educação, assuntos relativos à PHDA.

Verificámos que as percepções recolhidas vão ao encontro do que Dias (1998) evidencia. Este autor refere que as necessidades da família podem oscilar, em maior ou menor grau, entre: a necessidade de informação sobre a problemática e o modo como interagir com a criança, a necessidade de conversar com outras pessoas sobre a situação, a necessidade de encontrar estratégias para explicar a situação a outros elementos dentro e/ou fora da família, a necessidade de conhecer melhor os serviços existentes na comunidade onde podemos encontrar respostas específicas, a necessidade de apoios financeiros e a necessidade de apoio à própria organização das rotinas na família.

Posto isto, depois de termos verificado que a maioria dos nossos colaboradores referiu que havia pertinência em fazer *reuniões e discussões com encarregados de educação de outras crianças com a mesma problemática* necessitávamos averiguar que assuntos gostariam as famílias de poder abordar.

Assunto(s) que gostaria de abordar com outras famílias

As opiniões recolhidas, parecem-nos naturais, principalmente se tivermos em conta que tanto as perceções dos encarregados de educação relativamente a esta problemática, como as suas maiores preocupações, bem como muitas das necessidades de informação denotadas se centram em aspetos de comportamento. Para além disto, tal como vimos na revisão da literatura, teoricamente a PHDA é essencialmente uma problemática com repercussões mais visíveis a nível comportamental.

Conclusão

Nos últimos anos a quantidade de investigações feitas na área da PHDA parece ser uma evidência. Numa perturbação que, apesar de ser tão falada, ainda tem muito para se investigar. Desta forma é fundamental continuar com a investigação nesta área e tentar demonstrar ou refutar os modelos apresentados, pois só através de uma verdadeira compreensão desta perturbação, poderemos encontrar o caminho certo ao nível da intervenção e verdadeira inclusão destas crianças.

Tomando em consideração tudo quanto já referimos até este momento, partimos agora para a sintetização de algumas ideias que nos parecem importantes. Estas ideias decorrem do percurso que efetuámos, que se iniciou com uma questão para a qual nos propusemos procurar respostas tendo em conta um contexto específico, 17 famílias de crianças com PHDA a frequentar o 1º Ciclo de Ensino Básico.

O nosso interesse pessoal pela Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e a leitura de bibliografia e estudos sobre o tema, levaram-nos a concluir que seria importante haver um estudo que nos desse a conhecer quais as perspetivas/preocupações dos pais de crianças com PHDA. Através da questão de partida foi possível encontrar as “palavras-chave”: PHDA, Família e Família de crianças com PHDA, foi a partir destes termos que fizemos a nossa revisão da literatura.

A família está em constante interação com a criança, é no seio de cada família que se dá o início de tudo, todas as crianças nascem e crescem no seio de uma família, embora esta possa ter diferentes características. É aí que se fazem as primeiras aprendizagens, é lá que recebemos os primeiros estímulos, que somos acarinhados e protegidos, é nesta que se criam as primeiras relações sociais. No entanto, apesar de todos pertencermos a uma família, este termo é de enorme complexidade pois não há nenhuma família igual, todas são influenciadas por um determinado contexto físico, temporal, político e social que irá influenciar as nossas vivências. Existe uma grande diversidade familiar, uns indivíduos vivem na família biológica, outros na de acolhimento, outros em instituições.

Atualmente, vivemos uma mudança de paradigma no conceito da família tradicional, este termo dá lugar às famílias reconstituídas, às monoparentais, às heterossexuais ou às homossexuais. A família é uma unidade social, constituída por várias pessoas, onde existem laços de parentesco, que podem ou não ser positivos. Esta

vai sofrendo alterações ao longo do tempo, não poderá nunca ser vista como algo estático, pois todos nascemos numa família, mas podemos constituir ou vir a pertencer a outras famílias.

Ao longo da nossa investigação, quando nos debruçámos sobre os fatores de *stress* a que a família está sujeita, deparámo-nos com o facto de a chegada de uma criança com algum tipo de limitação ser um fator de *stress*.

Tal como vimos ao longo da investigação, com a chegada de um filho com deficiência, os pais vão passar por diferentes etapas, como o choque, negação, raiva, depressão e sentimentos de culpa. No momento em que recebem a notícia há como que um desmoronar de um sonho, alguns pais passam por períodos de perda de auto estima, sentem uma ambivalência de sentimentos entre o amor e o ódio, vivenciam períodos de depressão causados pela tristeza da situação do filho.

Segundo Frota *et al.* (s.d.), todos nós temos padrões de vida que a sociedade nos obriga a manter, pois desde muito cedo que nos ensinam que temos de estudar, conseguir um emprego, casar e finalmente termos um filho. Mas não nos preparam para a chegada de um filho com deficiência, e, quando isso acontece os pais ficam desesperados, angustiados, preocupados. Até aqui não nos debruçamos ainda sobre a PHDA especificamente, estudamos a família de crianças com NEE no geral, isto é, seja qual for a patologia/problemática do filho, na área das Necessidades Educativas Especiais, todos os pais passam pelos momentos supracitados. Para que a nossa revisão bibliográfica ficasse completa debruçamo-nos sobre a PHDA.

Verificamos na revisão da literatura que podemos caracterizar PHDA como um padrão persistente de dificuldades no controlo da atenção, impulsividade e/ou hiperatividade.

Depois de contextualizarmos o nosso problema elaboramos a entrevista tendo em conta os objetivos a que nos propusemos. Seleccionámos pais/familiares de crianças com PHDA.

A nossa entrevista foi constituída por quatro questões:

- Qual o entendimento dos Encarregados de Educação sobre a PHDA?
- Que preocupações manifestam os Encarregados de Educação relativamente ao momento do diagnóstico, ao momento atual e ao futuro do seu educando?
- São percecionadas alterações à dinâmica familiar, decorrentes da PHDA?

- Que necessidades manifestam os Encarregados de Educação no que diz respeito à PHDA?

No que diz respeito aos resultados encontrados no presente estudo, é importante refletir no sentido de analisar as respetivas implicações.

Inicialmente, quando tentámos verificar qual o entendimento que os Encarregados de Educação têm sobre esta problemática, foi-nos possível verificar que as percepções dos Encarregados de Educação vão ao encontro do que é referido na revisão bibliográfica. Nesse sentido, consideramos que é bastante positivo constatar que, de uma forma geral, a maioria dos encarregados de educação se encontra esclarecida nomeadamente no que diz respeito a manifestação de comportamentos que é habitual em crianças com PHDA.

Quando questionámos os encarregados de educação sobre a *alteração à dinâmica familiar* verificámos que esta é alterada surgindo e/ou acrescentando mais *preocupações* na vida familiar.

Quanto às *preocupações no momento do diagnóstico*, os encarregados de educação preocupam-se e sentem-se culpados. Os pais querem saber o que os filhos têm, de forma a conseguirem intervir o mais rapidamente possível, querem saber como participar e se os filhos “vão ficar bons”. Surgem também sentimentos de culpa e diariamente, estes pais questionam-se sobre a sua responsabilidade, perguntam-se a si próprios onde é que erraram, o que fizeram para merecer isto. Brunhara e Petean (1999) justificam estes sentimentos de culpa dizendo que quando os pais se sentem responsáveis, uma vez que quando há um culpado ao menos existe uma explicação.

Quando perguntamos aos encarregados de educação com o que se preocupam atualmente constatamos que preocupação com a escola e com todo o processo de ensino e aprendizagem é a maior preocupação.

Outra das questões da nossa entrevista recai sobre as perspetivas/preocupações futuras dos encarregados de educação. Verificamos que poucos encarregados de educação manifestaram preocupações com o futuro dos seus filhos, provavelmente e tal como dissemos na análise desta questão, por esta ser uma preocupação que se encontra num estágio mais avançado. Significa isto que no presente momento, as preocupações dos pais destas crianças estão mais ligadas ao processo de ensino e aprendizagem. Os pais que responderam a esta questão manifestam a expectativa de que os seus filhos encontrem um trabalho.

Quanto à pertinência de reuniões e discussões com encarregados de educação de outras crianças com a mesma problemática, a maioria dos encarregados de educação considerou pertinente a realização das mesmas. Sendo que o tema mais votado para ser abordado são as Estratégias Comportamentais, algo que também podemos considerar normal, tendo em conta os depoimentos dos encarregados de educação no que diz respeito às preocupações existentes atualmente.

Apesar da pertinência do estudo apresentado parece-nos haver ainda muito trabalho a fazer, no sentido de assegurar que estes e/ou outros encarregados de educação recebam informação suficiente e de qualidade, uma vez que parecem continuar a existir referências ao nível das *preocupações atuais* que necessitam de uma intervenção conjunta.

Desta forma, assinalam-se algumas limitações do nosso estudo e deixam-se algumas questões em aberto e que poderão ser abordadas em futuras investigações. Em primeiro lugar, parece importante alargar a amostra da investigação, sobretudo no sentido de aumentar a representatividade dos encarregados de educação, de forma a poder analisar de forma segura os resultados.

No que diz respeito à comparação com diferentes grupos de respondentes, parece importante, numa próxima investigação, comparar respostas dadas pelos técnicos e professores, com as percepções de pais de crianças efetivamente diagnosticadas com esta perturbação.

Um outro aspeto, diz respeito à criação de um grupo de pais para dar resposta às preocupações/expetativas levantadas por este grupo de Pais. Consideramos importante poder ser criado um grupo deste género e ser realizada uma avaliação para podermos aferir qual a eficácia deste tipo de intervenção.

De acordo com a nossa investigação parece pertinente o desenvolvimento de um programa de formação parental que permita tornar mais consistente a ideia de que os pais e os filhos têm o poder de agir e de aperfeiçoar comportamentos através das suas competências, recursos e talentos, e não apenas através do uso da medicação. Assim, no presente estudo a Educação Parental é perspetivada como uma possibilidade para a mudança procurando estimular uma nova, positiva e competente visão da situação (Metcalf, 1997).

Tendo tudo isto em consideração, seguindo os dados obtidos com a análise qualitativa das entrevistas e com o apoio da revisão da literatura (Barkley *et al.*, 2008)

propõem-se as seguintes linhas orientadoras para construção do programa de Educação Parental:

- Clarificação sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção;
- Relacionamentos entre Encarregados de Educação e respetivos educandos;
- Promover a atenção positiva;
- Dar a conhecer estratégias para realizar a modificação de comportamentos;
- Implementar estratégias de modificação comportamental em casa;
- Aumentar o conhecimento dos encarregados de educação sobre questões relevantes, nomeadamente apoios e serviços disponíveis.

Face ao exposto ao longo da nossa investigação, de acordo com os objetivos atingidos, definiram-se linhas orientadoras, anteriormente descritas e considerámos importante construir uma proposta de programa de formação parental (**anexo IV**) para podermos ir ao encontro das necessidades dos encarregados de educação que participaram neste estudo.

Consideramos que os pais têm um papel muito importante, pois crianças com esta perturbação exigem a modificação do funcionamento familiar de forma a poderem responder às suas necessidades de acompanhamento, que são muito particulares. Devemos realçar, que este tipo de programas para ter sucesso é necessário que a comunicação entre as famílias e a escola seja fortalecida. Na nossa opinião, a comunicação, o diálogo entre escola e família é o fundamental para a existência de outras formas de envolvimento parental na escola. Quando o diálogo entre a escola e a família se realiza de uma forma eficaz, existem mais probabilidades de criar uma relação de confiança e um clima de cooperação entre todos os intervenientes no processo educativo.

Acreditamos que só com diálogo e articulação, numa lógica de trabalho em equipa, entre todos os intervenientes, que intervêm direta ou indiretamente, com esta criança, poderemos ajudá-la a melhor compreender e lidar com o problema, bem como a adaptar-se aos mais diversos contextos. Uma realidade que só é possível, tal como referimos anteriormente, com o envolvimento da família.

No que diz respeito às formas de intervenção, também nos parece importante numa análise futura prever e analisar o nível de eficácia atribuído e frequência de formas de intervenção combinadas.

Referências Bibliográficas

A

Afonso, N. (2005). *Investigação naturalista em educação: Um guia prático e crítico*. Porto: Edições Asa.

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Instituto Superior Miguel Torga. Psicologia e Saúde. Coimbra: Quarteto.

Albarello, L., Dogneffe, F., Hiernaux, J. P., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, Pierre de (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grádiva.

Albuquerque, A. M. (1997). A Família, a Informação e o Desenvolvimento Pessoal: contributo para o estudo da dinâmica do quadro familiar. In António Rodrigues-Lopes (Coord., Org.). *Problemática da Família – Contributo para uma Reflexão sobre a Família na Sociedade Actual*, (pp. 195 – 203), Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu

Amaral, I., & Gil, T. (2008). Famílias, multideficiência e parcerias educativas. Re(habilitar) - Revista da ESSA. N.6 janeiro, (pp. 5-27). Alcoitão: Edições Colibri.

Amaral, L.A. (1995). *Conhecendo a deficiência (em companhia de Hércules)*. São Paulo: Robel Editorial.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.^a ed. – Revisão de Texto). Lisboa; CLIMEPSI Editores.

Anastopoulos, A. (1996). Facilitating parental understanding and management of attention-deficit hyperactivity disorder. In M. Reineke, F. Rahilio, & A. Fruman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents* (pp. 327-343). New York: Guilford Press.

Andrada, M., Torres, J., Andrada, M., Gourinho, M., Boavida, M., Crespo, M. (1995). *A Família na Intervenção Precoce. Da Filosofia à Acção*. Intervenção Precoce na Criança com Paralisia Cerebral. Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce.

Azevedo, J. (1993). *Educação para todos. Ponte para o Futuro*. Cadernos PEPT 2000, *Educação para Todos*. 2, 14-19.

B

Bairrão, J. B., Pereira, F., Felgueiras, I., Fontes, P. & Vilhena, C. (1998). *Os Alunos com Necessidades Educativas Especiais: Subsídios para o Sistema de Educação*. Lisboa: CNE.

Baker, B. (1989). *Parent training and developmental disabilities*. Washington: AAMR Monographs.

Barata, O. S. (1976). *Introdução às Ciências Sociais* (2º volume). Amadora: Livraria Bertrand.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70

Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barkley, A. R. (1981). Clinical description. *Hyperactive children: a handbook for diagnosis and treatment*. (pp. 1-51). New York: Guilford Press.

Barkley, A. R. (1988). The effects of methylphenidate in interactions of preschool ADHD children with their mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 336-341.

Barkley, A. R. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, A. R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, A. R. (2000). *Taking charge of ADHD: the complete, authority guide for parents*. New York: Guilford.

Barkley, A. R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH: Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde* (L. S. Roizman, Trad.). São Paulo: Artmed.

Barkley, A. R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, A. R., Anastopoulos, A., Robin, A., Lovett, B., Smith, B., Cunningham, C., Shapiro, C., Connor, D., DuPaul, G., Prince, J., Dooling-Litfin, J., Biederman, J., Murphy, K., Rhoads, L., Cunningham, L., Pfiffner, L., Gordon, M., Farley, S., Wilens, T., Spencer, T., & Hathaway, W., (2008). *Transtorno de Déficit de*

Atenção/Hiperatividade. Manual para Diagnóstico e Tratamento (3^a edição). Porto Alegre: Artmed.

Batshau, M. P. (1990). *Criança com deficiência*. São Paulo: Maltese.

Bautista, R. (1997). *Uma Escola para Todos: A Integração Escolar* in Rafael Bautista, *Necessidades Educativas Especiais*. (pp. 21-35). Lisboa: Dinalivro.

Bautista, R., & Jiménez (1997). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Bekle, B., (2004), Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students, *Journal of Attention Disorder*, 7(3).

Bell, Judith (1990). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

Bénard da Costa, A. M. (1981). *Educação Especial, in: sistemas de ensino em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Bénard da Costa, A. M. (1996). A escola inclusiva: do conceito à prática. *Inovação*, 9(1-2), 151-163.

Berg, I., & Steiner, T. (2003). *Children's solution work*. New York: W.W. Norton & Company.

Bernardes, C. M. B. O. (2004). *A relação Escola-Família no 1º ciclo: do envolvimento à participação parental, o sentido e o significado das práticas em tempos de mudança*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, Especialização em Educação e Currículo, Porto, Portugal (não publicado).

Boavida, J. E., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998). *A criança hiperactiva*. Coimbra: Centro de desenvolvimento da criança do HPC.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Boutin, G., & Durning, P. (1994). Les interventions auprès des parents. Bilan et analyse des pratiques socio-éducatives. Toulouse: Éditions Privat.

Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume C. & Gaudet, N. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.

Brunhara, F., & Petean, E. (1999). *Mães e filhos especiais: reacções, sentimentos e explicações à deficiência da criança.* Paidéia, FFCLRP-USP, Rib.Preto.

Buscaglia, L. F. (1993). *Os deficientes e os seus Pais.* Rio de Janeiro: Record.

C

Carvalho, S. (2005). *Família, atendimento especializado e inserção social.* Recuperado em 20 de fevereiro, 2010, de <http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2005/01/a9.htm>

Chronis, A., Jones, H., & Raggi, V. (2006). Evidenced-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder. *Clinical Psychology Review, 26*, 486-502.

Conners, C. K. (2009). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade.* Porto Alegre: Artemed.

Cook, E. H., Jr. (1999). Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Review, 5*, 191-198.

Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes Regulares.* Porto: Porto Editora.

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

Costa, M. (s.d.). *A Família com filhos com necessidades educativas especiais.* Escola Superior de Enfermagem.

Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica, 1(XXII)*, 55-64.

Cruz, H., & Pinho, I. (2008). *Pais...Uma Experiência.* Oliveira de Azeméis: Livpsic.

Cuberos, M. G. A. (1997). *Necessidades Educativas Especiais,* Almada, Dinalivro.

D

Davies, D. (1989). *As Escolas e As Famílias em Portugal/Realidade e Perspectivas.* Lisboa: Edições Livros Horizonte.

De Ketele, J. M., & Roegiers, X. (1993). *Metodologia da recolha de dados.* Lisboa: Instituto Piaget.

DeHass, P.A. (1986). Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls. *Journal of Abnormal child Psychology*, 14(3), 457-467.

DeHass, P.A., & Young, R.D. (1984). Attention styles of hyperactive and normal girls. *Journal of Abnormal child Psychology*, 12(4), 531-546.

DGIDC (2008). *EDUCAÇÃO ESPECIAL Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Dias, J. (1998). Apoio a famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Um contexto de intervenção precoce. *Integrar*, n.º16. maio. Secretariado Nacional para a Reabilitação.

Dias, J. C. (1996). *A Problemática da Relação Família - Escola e a Criança com Necessidades Educativas Especiais*. Trabalho final para obtenção do Diploma do Curso de Estudos Especializados – Educação Especial. Instituto Jean Piaget (não publicado);

Dias, M. A. F. (1993). *As Representações de Sucesso da Integração de Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Dissertação não publicada apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação.

Diogo, J. M. L. (1998). *Parceria escola – família: a caminho de uma educação participada*. Porto: Porto Editora.

Dreikurs, R. (2001). *Educação: um desafio aos pais*. Amadora: McGraw-Hill de Portugal.

Dunst, C, Trivette, C. & Jodry, V. (1997). Influences of Social Support on Children with Disabilities and their Families. In M. J. Guralnick (Ed.), *The Effectiveness of Early Intervention*, (pp. 499-518). Baltimore: Paul H. Brookes.

Dunst, C. (1999). Placing parent education in conceptual and empirical context. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 141-147.

DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas - Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.

DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A.D. & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale – IV Checklists, norms and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.

E

Epstein, J. (1992). School and family partnerships. In M.C. Alkin(Ed.). *Encyclopedia of educational research* (6ª ed., 1089-1151). New York: Mcmillan.

Epstein, J. L., Sanders, M. G., Sheldon, S. B., Simon, B. S., Clark Salinas, K., Rodriguez Jansorn, N., Van Voorhis, F. L., Martin, C. S., Thomas, B. G., Greenfeld, D. G., Hutchins, D. J., & Williams, K. J. (2009). *School, family, and community partnerships: Your handbook for action* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Estrela, A. (1990). Teoria e Prática de Observação de Classes. Lisboa: INIC.

F

Falardeau, G. (1999). *As Crianças Hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.

Fazenda, I. (2005). *Família, coesão e diferenciação. Integrar*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Firmino, H., Matos, A. P., & Vaz Serra, A. (1987). Relações pais/filhos e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8(3), 147-151.

Flick, U. (2004). *Introducción à la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 165-199.

Fontes, V. (1963). Vinte e oito anos na direcção do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira. *A Criança Portuguesa*. Ano XXI, 1962-1993.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação, da concepção à realização*. Loures: Lusociência Edições

Franco, V., Riço, M. C., & Galésio, M. (2002). Inclusão e Construção de Contextos Inclusivos. In Manuel Ferreira Patrício (org.). *Globalização e Diversidade – A Escola Cultural, Uma Resposta*. (pp. 391-398). Lisboa: Porto Editora.

Frota, A., Brito, A., Albuquerque, M., Gomes, M., & Selavida, M. (s.d.). *Uma nova experiencia de integração no centro de reabilitação de paralisia cerebral Calouste Gulbenkian*, (pp. 337-344). IV Encontro Nacional de Educação Especial. “Comunicações”. Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação.

G

García, I. (2001). *Hiperactividade – prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: McGraw-Hill.

García, I. M. (2010). *Hiperactividade*. Lisboa: McGraw - Hill.

Gartner, A., & Lipsky D. K. (1987). Beyond special education: Toward a quality system for all students. *Harvard Educational Review* 57(4), 367-395.

Glat, R. (2004). *Uma família presente e participativa: o pape da família no desenvolvimento e inclusão social da pessoa com necessidades especiais*. Anais do 9º Congresso Estadual das APAEs de Minas Gerais, pp. 1 – 7. Recuperado em 20 de agosto, 2011, de http://www.eduinclusivapesq-uerj.pro.br/livros_artigos/pdf/familia.pdf.

Glat, R., & Pletsch, M. D. (2004). Orientação familiar como estratégia facilitadora do desenvolvimento e inclusão de pessoas com necessidades educativas especiais. *Revista do Centro de Educação*. Recuperado em 20 de agosto, 2011, de <http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2004/02/a3.htm>.

Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Gongóra, J. C. (1998). *Familias com personas discapacitadas: características y fórmulas de intervención*. Valladolid: Junta de Castilla y León.

Grawitz, M. (1996). *Méthodes des Sciences Sociales*. Paris: Dalloz.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1988). Naturalistic and Rationalistic Enquiry, In *Educational Research, Methodology, and Measurement - An Internacional Handbook*, John P. Keeves (editor), Oxford: Pergamon Press, 81-85.

H

Hegarty, S. (1993). *Educating Children and young people with disabilities. Principles and the review of practice*. Paris: UNESCO.

Homem, M. L. (2002). *O jardim de infância e a família, as fronteiras da cooperação*. Lisboa: Instituto de Cooperação Institucional.

Hornby, G. (1992). Group parent training using reflective counselling and behavioral training procedures. *The British Journal of Mental Subnormality*, 38(2), 79-86.

Hurtado, J. C. T. (2006). *Investigación Cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: Editorial La Muralla.

J

Jiménez, R. (1993). *Uma Escola para Todos: a Integração Escolar*. In R. Jimenez (ed.) *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 21-35). Lisboa: Dinalivro.

K

Kaminski, J., Valle, L., Filene, J., & Boyle, C. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.

L

Leitão, A. (1983). *Paralisia Cerebral. Diagnóstico, terapia, reabilitação*. S. Paulo: Livraria Atheneu.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. (3ª edição). Lisboa: Instituto Piaget.

Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperactivo de Défice de atenção em contexto de sala de aula. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

Lopes, J. A. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.

Lopes, Maria Celeste S.L.S. (1997). *A Educação Especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.

Lourenço, M. I. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclo do Ensino Básico*. Tese não publicada apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.

M

Magerotte, G. (1997). As Famílias que acolhem uma criança com graves problemas de desenvolvimento são famílias a “tempo inteiro”! In *Problemática da Família – Contributo para uma Reflexão sobre a Família na Sociedade Actual*, António Rodrigues-Lopes (Coord., Org.), pp. 128-142, Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu.

Mahoney, G., Kaiser, A., Girolametto, L., MacDonald, J., Robinson, C., Safford, P., & Spiker, D. (1999). Parent Education in Early Intervention: A Call for a Renewed Focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 147-149.

Marques, R. (1994). Colaboração Família – Escola em escolas portuguesas: um estudo de caso. *Inovação*, 7(3), 357-375.

Marques, R. (1997). *A escola e os pais: como colaborar?* Lisboa. Texto Editora.

Martins, E. C. (1996). *Síntese de investigação qualitativa*. Castelo Branco: Edição Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Castelo Branco

Marujo, H. (2002), Treino de Pais: formas científicas de educar para a felicidade. *Pretextos*, (11), 8-11.

Melo, A. (2003). *Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Dissertação de Doutoramento não publicada: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Mendes, E. G. (1995). *Deficiência Mental: a construção científica de um conceito e a realidade educacional*. Tese de Doutoramento não publicada. S. Paulo: Universidade de S. Paulo.

Mendonça, G. C. C., Santos, P. L., & Ferreira, M. S. (2007). Percepções maternas dos contributos positivos decorrentes de um filho com necessidades educativas especiais. In *Investigação em Educação Inclusiva*, vol.2, David Rodrigues (Org.), pp. 121 – 139, Cruz Quebrada: Fórum de Estudos de Educação Inclusiva.

Messina, L., & Tiedeman, K. (2006). *Disfunção neuroquímica e o deficit no lobo frontal*. Recuperado em 14 de setembro, 2012, de <http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=3902&op=all>

Metcalf, L. (1997). *Parenting toward solutions: How parents can use skills they already have to raise responsible, loving kids*. New Jersey: Prentice Hall.

Micouin, G., & Boucris, J. C. (1988). L'enfant Instable ou Hyperkinétique: une étude comparée des concepts. *Psychiatrie de l'enfant*. XXXI (2), 473-507.

Milbrath, V., Cecagno, D., Soares, D., Amestoy, & S., Siqueira, H. (2008). *Ser mulher mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral*. Acta Paulista de Enfermagem. 21(3), São Paulo.

MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trail of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073 - 1086.

N

Niccols, A., & Mohamed, S. (2000). Parent training in groups: Pilot study with parents of infants with developmental delay. *Journal of Early Intervention*, 23(2), 133-143.

Niela, M. F. (2000). *Familia y Deficiencia Mental*. Salamanca: Amarú Ediciones.

Nielsen, L. (1997). *Necessidades educativas especiais na sala de aula: Um guião para professores*. Porto: Porto Editora.

Niza, S. (1996). *Necessidades Educativas Especiais de Educação: Da Exclusão à Inclusão na Escola Comum*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Nobre, M. I. R. S., Montilha, R. C. I., & Temporini, E. R. (2008). Mães de crianças com deficiência visual: percepções, conduta e contribuição do atendimento em grupo. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(1), 46-52.

Nunes, T.P.B.S. (2003). Colaboração Escola-Família para uma escola culturalmente heterogénea. *Cadernos de apoio à formação*, 01. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME).

O

Olson, S. L., Bates, J. E., & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 317-334.

Oppenheim, A. N. (1979). *Questionnaire Design and Attitude Measurement*. London: Heineman Educational Books Ltd.

P

Pereira, F. (1996). *As representações dos professores de educação especial e as necessidades da família*. Secretariado nacional para a reabilitação e integração de pessoas com deficiência, n.º8. Lisboa.

Perrenoud, P. (2001). *Entre Pais e Professores, Um Diálogo Impossível?* Oeiras: Celta Editora.

Petean, E., & Murata, M. (2000). *Paralisia Cerebral: conhecimento das mães sobre o diagnóstico e o impacto deste na dinâmica familiar*. Paidéia, ago/dez FFCLRO-USP, Rib. Preto.

Pires, H. S. (2005). Aspectos educativos do sistema relacional em famílias monoparentais. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 293-302.

Pourtois, J., & Desmet, H. (1988). *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelas: Mardaga.

Pourtois, J.; Desmet, H.; Barras, C. (1994). Educação Familiar e Parental. *In Inovação*. 7(3), 289-305.

Prado, R. C. S. (2004). *La Creatividad en el alumnado sobredotado*. Tesis Doctoral. Universidade de Málaga: Málaga, Espanha.

Q

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (4ª edição). Lisboa: Gradiva.

R

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

Reichardt, C. S. & Cook, T. D. (1986). *Métodos Cualitativos y Cuantitativos en investigación Evaluativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Reimão, C. (1994). Escola e Família: uma relação a desenvolver. *Revista Brotéria*, 139, 445-460.

Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do Espelho – da teoria à terapia com a família*. (2ª edição). Coimbra: Quarteto Editora.

Ribeiro, M. (2003). *Ser família: Construção, implementação e avaliação de um programa de educação parental*. Tese de Mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Richards, G.P., Samuels, S. J., Turnure, J. E. & Ysseldyke, J. E. (1990). Sustained and selective attention in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 23(2), 129-136.

Rodrigues & Encarnação. (2006). *Estudo das percepções dos professores sobre a PHDA – Estudo piloto das percepções dos professores dos 1º, 2º, 3º ciclos e Secundários das Escolas de Santarém*. (Estudo exploratório/2006 – trabalho não publicado), Cascais: CADIN.

Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Diversidades*, 6(21), 9-12.

Rodrigues, A. N. (1994). Expressão motora da criança instável. *Análise multidimensional da expressão motora de crianças instáveis de 7 e 8 anos em situação escolar livre*, Tese de Mestrado não publicada, Dissertação apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial e Reabilitação, Universidade Técnica de Lisboa.

Rodrigues, A. N. (2005). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revisadas (1997) no processo de avaliação da PHDA - (Parte I). *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 12(2), 71-95.

S

Salgueiro E., (2002). *Crianças Irrequietas*, (2ª Edição). ISPA – Lisboa.

Salgueiro, E. (1996). *Crianças Irrequietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Lisboa: ISPA.

Salvia, J. & Ysseldyke, J. (1991). *Avaliação em educação especial e correctiva*, (4.ª edição). Editora Manole, Lda.

Sanches, I. R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais e Apoios e Complementos Educativos no Quotidiano do Professor*. Porto: Porto Editora.

Santos, C. P. M. G. (2009). *As dinâmicas desenvolvidas pela liderança escolar na operacionalização da participação das famílias: um estudo de caso*. Dissertação de mestrado não publicada apresentada à Universidade da Madeira para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na Área da Administração Educacional. Funchal.

Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida. In Gauthier, B. (direção). *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*, (pp. 279-301). Loures: Lusociência.

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

Serrano, G. P. (1994). *Investigación cualitativa. Retos y InterrogantesII. Técnicas y Análisis de Datos*. Madrid: Editorial La Muralha

Sharkey, L., & Fitzgerald, M. (2007). Diagnosis and classification of ADHD in childhood. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 03-11). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Sharry, J. (2004). Solution-focused parent training. In B. O'Connell, & S. Palmer. (Eds.), *Handbook of solution-focused therapy*, 48-59. London: Sage.

Shelton, T. L., & Barkley, R. A. (1995). Assessment and treatment of ADHD in children. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (2nd ed.). New York: Guilford.

Silva, J., & Martins E., (2002). Envolvimento Parental na Escola: Relato de uma Experiência. *Revista Aprender*, 26, 79-88.

Silva, P., (2002). Escola – Família: Tensões e Potencialidades de uma Relação. In Jorge Lima (Org.). *Pais e Professores um Desafio à Cooperação*. (pp.97-132). Porto: Edições Asa.

Silva, N., & Denssen, N. (2001). Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: teoria e pesquisa*. maio/agosto. 17(2), 133-141.

Simões, M. C. (2007). *Comportamento de Risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Simon, J. (1988). *A Integração Escolar das Crianças Deficientes*. Rio Tinto: Edições ASA.

Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In E.J. Mash & R. A. Barkley (eds.) *Treatment of Childhood Disorders, 3rd edition*. New York: The Guilford Press.

Smith, H., Waschbusch, A., Willoughby, T., & Evans, S. (2000). The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 243-267.

Sosin, D., & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por défice de atenção e hiperactividade*. Porto: Porto Editora.

Sousa, A. A. (2004). Intervenção farmacológica. In J. A. Lopes. (Ed.), *A Hiperactividade*, 237-259. Coimbra: Quarteto.

Sousa, A. B. (2009). *Investigação em Educação*. (2ª edição). Lisboa: Livros Horizonte.

Sousa, S., & Pires, A. (2003). *Comportamento materno em situação de risco: mães de crianças com paralisia cerebral*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Sparks, J., & Duncan, B. L. (2008). Do no harm: A critical risk/benefit analysis. *Journal of Family Psychotherapy*, 19(1), 1-19.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Swanson, J., McBurnett, K., Wigal, T., Pfiffner, L.J., Lerner, M.A., Williams, L., Christian, D.L., Tamm, L., Willcutt, E., Croweley, K., Clevenger, W., Khouzam, N., Woo C., Crinella, F.M. & Fisher, T.D. (1993). Effect of stimulant medication on children with Attention Deficit Disorder: A “Review of Reviews”. *Exceptional Children*, 60(2), 154-162.

T

Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., & Buitelaar, J., et al. (2004). European clinical guidelines for Hyperkinetic Disorder – first upgrade. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13 (Suppl. 1), 7-30.

W

Willcutt, E. G., Pennington, B. F., & DeFries, J. C. (2000). Etiology of inattention and hyperactivity/impulsivity in a community sample of twins with learning difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 149-159.

Referências Normativas

C

Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Organização Mundial de Saúde, 2004.

Congresso europeu sobre deficiência. Madrid. Congresso Europeu de Pessoas com Deficiência (2002).

CRP (1976). Constituição da República Portuguesa.

D

Declaração de Madrid (2003).

Declaração de Salamanca. (1994). *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade*. Barcelona: Unesco.

Declaração dos Direitos da Criança Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral 1386 (XIV), de 20 de Novembro de 1959.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III), da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948.

Decreto-Lei n.º 31 801/41, de 26 de dezembro

Decreto-Lei n.º 174/77 n.º 66/79 de 4 de outubro.

Decreto-Lei n.º 35/90.

Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de agosto.

Decreto-Lei n.º 123/97.

Decreto-Lei n.º 115-A/98, de 4 de maio.

Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro.

Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro.

Despacho 7520/98, de 17 de abril.

Despacho 10856/2005, de 13 de maio

Despacho Conjunto n.º 38/79 de 31 de dezembro.

Despacho Conjunto n.º 105/97. *Diário da República*, II Série n.º 149, de 30 de maio.

DGEBES (Direção Geral dos Ensinos Básico e Secundário) (1992). *A Educação de Crianças e Jovens com Necessidades Educativas Especiais*. Ministério da Educação.

L

Lei 66/79, de 4 de outubro.

Lei 46/86 de 14 de outubro – Lei de Bases do Sistema Educativo Português.

Lei n.º 9 de 1989 – Lei de Bases de Prevenção e Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência, revogada recentemente pela LEI n.º 38/2004.

O

ONU (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos.

ONU (1959). Declaração dos Direitos da Criança.

P

Public Law 94 – 142. *Education for all Handicapped. Children Act of 1975*, 94th Congress, First Session.

W

Warnock Report de 1978.

Anexos

Anexo 1

Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Blocos, objetivos específicos, tópico de formulário de perguntas e observações

| Designação dos Blocos | Objetivos | Questões | Formulário de Questões |
|--|---|--|--|
| <p>Bloco: A</p> <p>Legitimação da entrevista</p> <p>Motivação do entrevistado</p> | <p>Legitimação da entrevista</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista relacionando-a com o trabalho em causa; - Motivar o entrevistado; - Assegurar a confidencialidade; | <ul style="list-style-type: none"> - Informar os Pais e/ou Encarregados de Educação que esta é uma Investigação sobre a Intervenção em Crianças com PHDA; - Garantir a confidencialidade do entrevistado, bem como do seu educando e realçar a importância das suas respostas no sentido de garantir o rigor do trabalho; - Perceber e assegurar se o encarregado de educação concorda em colaborar. |
| <p>Bloco: B</p> <p>Perceção dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA</p> | <p>Compreender quais as perceções dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Qual o entendimento dos Encarregados de Educação sobre a PHDA? - Que preocupações manifestam os Encarregados de Educação relativamente ao momento do diagnóstico, ao momento atual e ao futuro do seu educando? | <ul style="list-style-type: none"> - Qual a perceção sobre a problemática do seu educando(a)? - Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)? - Que tipo de informação gostaria de poder obter? - Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)? - Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são? - Como perspetiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA? |

Percepção dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - São percecionadas alterações à dinâmica familiar, decorrentes da PHDA? | <ul style="list-style-type: none"> - O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA? - Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA? |
| <p>Bloco: C</p> <p>Percepção sobre necessidade de formação</p> | <p>Percecionar as necessidades de informação/formação dos Encarregados de Educação de crianças com PHDA.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Que necessidades manifestam os Encarregados de Educação no que diz respeito à PHDA? | <ul style="list-style-type: none"> - Quais as necessidades específicas do seu educando(a)? - Acha benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática? - Que assuntos, relativos à problemática do seu filho(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias? |
| <p>Bloco: D</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Recolher informação de caráter complementar | <ul style="list-style-type: none"> - Pedir ao entrevistado que livremente acrescente, se o entender, alguma coisa ao que disse. |

Anexo 2

Transcrição das entrevistas

Entrevista 1 (Idade da criança 10, masculino)

N: Qual a perceção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: Ele é muito irrequieto desde que foi para a escola. No infantário como não tinha de estar com tanta atenção não havia problema, porque era mais brincadeira do que trabalho. Sempre achámos o R. muito reguila, ele gosta de estar sempre a mexer, a meter-se com os outros e com a entrada na escola primária só piorou. Ele não consegue estar sentado na cadeira dele a fazer os trabalhos do princípio ao fim.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Aos sete anos quando fomos ao médico e me disseram que ele era *hiperativo* comecei a chorar, mas estava contente porque o meu filho não tinha nenhuma doença daquelas más. Só pensava o que podia fazer para o ajudar.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, existem. Estou preocupado com a escola, quero que ele tenha todo o apoio para poder passar.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Eu tenho muito orgulho nele em todos os aspetos. Pessoalmente, eu sinto-me contente. Quero que ele tenha boas notas e se porte bem na escola para um dia conseguir um bom trabalho.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim, principalmente de como o apoiar para ele melhorar na escola.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Gostava de conhecer mais estratégias para lidar com os comportamentos dele para começar a ter melhores notas.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: O comportamento. Temos de estar constantemente a repreendê-lo, a dizer-lhe para não fazer certas coisas. Precisa de muito apoio para poder tirar melhores notas.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: No início ficamos sem saber como agir, limitámo-nos a fazer o que achámos melhor naquela altura.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Eu e pai começámos a compreender melhor alguns comportamentos, passámos a aceitar melhor algumas coisas.

N: Acha benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Sim. Esse tipo de conversas deviam ser feitas muitas vezes porque é muito difícil, às vezes sentimo-nos atacados, por outras pessoas que não nos conhecem, que não sabem o que se passa e às vezes até por pessoas da nossa família.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Gostava de ver que apoios conseguiram na escola, no hospital e como fazem para lidar com os comportamentos deles.

Entrevista 2 (Idade da criança 7, masculino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: É uma doença que faz com que as crianças se mexam muito. A PHDA vem do meu marido. O meu marido quando era pequeno era reguila nas coisas que fazia, mas na escola conseguia concentrar-se e estar quieto. O B. se fizer um esforço é capaz de controlar o comportamento.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: No ano passado quando o doutor me disse que ele tinha PHDA não sabia muito bem o que era. Eu só dizia, mas ele tem capacidade para estudar e aprender. O doutor explicou-me que o problema do meu filho é que não o deixa estar quieto na cadeira, nem o deixa estar concentrado.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, a principal preocupação é que ele se concentre mais para estudar.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Acredito que o meu filho tem capacidade para fazer tudo, basta ele se esforçar para que tenha boas notas.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim, preciso.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Gostava de saber mais como posso ajudar os professores é que é muito complicado para fazer ele os trabalhos.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Ele precisa de melhorar mais o comportamento. Eu castigo-o. Tiro-lhe aquilo que ele gosta. E obrigo-o a cumprir os castigos até ao fim, só que ele pede desculpa e pede para lhe dar tirar o castigo. Só que é difícil não lhe dar. Às vezes o pai até berra com ele.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Mudanças, não há ... Talvez agora tenha mais paciência porque já sei porque ele faz algumas asneiras.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Não houve nada que tivesse mudado, eu é que comecei a ter mais paciência com ele.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Acho que sim, há muita gente que os pais não sabem tratar das crianças hiperativas. Era bom conversar com outros pais para poderem explicar como é o dia-a-dia deles, como é que eles fazem para eles trabalharem melhor.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Gostava de poder falar dos comportamentos, da medicação, porque não sei se é boa ou não. Ah e gostava também de saber que apoio é que têm na escola e como eu posso fazer para ele tirar boas notas.

Entrevista 3 (Idade da criança 10, feminino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: Eu sei que é algo no cérebro que não deixa que ela esteja atenta. Ela nunca acaba os trabalhos, não porque não saiba, mas porque está na lua. Na escola dizem que é preguiçosa. Ela própria diz que não é como os outros meninos. Ela não consegue é mais forte do que ela. Parece que há qualquer coisa que a está a distrair. Como se costuma dizer temos que levar um dia de cada vez.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Perguntei-me, porquê a mim?! Pensei que a culpa tinha sido minha porque não tive uma gravidez muito calma. Mas não sei!

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Só quero que ela tenha boas notas na escola, é a única coisa que peço.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Espero que consiga passar de ano. Se trabalhar muito ela vai conseguir.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim ... há coisas que não sei bem.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Sobre medicação. Não sei se deva dar, uma vizinha já me disse que os meninos que tomam depois ficam drogados.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Ela precisa de muita ajuda na escola, a professora está sempre a dizer que ela não acaba os trabalhos.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Eu e o pai tentámos ser mais calmos e meigos para ela.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Faz um esforço maior para acabar as coisas que lhe pedem. É uma criança muito meiga.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: É sempre bom falar. Às vezes parece que precisamos de instruções para saber como lidar com ela.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Precisava de falar sobre os remédios e na escola dizem que ela precisa de muito apoio e se calhar de ir à psicóloga.

Entrevista 4 (Idade da criança 8, masculino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: É um problema muito difícil, estou sozinha, porque o meu marido está fora por causa do trabalho. Não dá para tomar conta de tudo, estou sempre em cima dele para ele não fazer asneiras. Não é fácil. Ele nunca está quieto, é teimoso e faz as coisas sempre mal.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Não sei dizer! Foi tudo tão confuso, nem sabia bem o que a doutora estava a dizer. Pensei que era uma doença.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Tenho de ter paciência com ele para ele fazer os trabalhos da escola, para tentar que ele não se distraia. Ele tem de tirar boas notas para poder passar de classe. No ano passado não foi assim e acabou por chumbar o ano.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Com muita paciência e com muito trabalho ele vai passar sempre na escola para poder ter um trabalho bom.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Não sei muito bem como posso ajudar mais, se aquilo que faço está bem e se posso ajudar mais a professora.

N. Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Gostava de saber como trabalhar com o meu filho.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Ele não consegue fazer os trabalhos, ele distrai-se com tudo, com o lápis, com a borracha, com tudo e não faz nada. Temos de estar sempre ao pé dele.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Eu tento ter mais paciência com ele, mas nem sempre consigo.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Ele agora já pensa mais um bocadinho antes de fazer as asneiras. Mas mesmo assim tem sido muito complicado.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Gostava de ter alguém que ouvisse a minha experiência como mãe com um filho com este problema

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: É sempre bom descobrir cada vez mais, para mim gostava de saber como eles fazem para eles acalmarem os filhos.

Entrevista 5 (Idade da criança 10, masculino)

N: Qual a perceção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: É uma problemática que dá dificuldades em prestar atenção e que faz com que ele faça as coisas sem pensar.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Fiquei sem saber o que fazer, a minha gravidez tinha sido normal e não sabia porque me estava acontecer isto. Na altura perguntei ao médico o que podia fazer.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, a minha maior preocupação é que ele esteja bem na escola. Ele tem todas as capacidades, mas precisa de ajuda na escola para se concentrar.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: É complicado. Ele tem tido muitas queixas da escola. Os professores dizem que ele perturba muito, que tem muitas dificuldades em prestar atenção. Eu só queria que ele pudesse tirar boas notas.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim, sim preciso de saber como o posso ajudar a que ele se concentre nas aulas.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Queria saber mais sobre maneiras para ajudá-lo para ver se trabalha melhor.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Ele não se concentra, é muito desatento e nunca pára.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Tentei procurar mais apoios para o poderem ajudar porque sozinha não consigo. Tenho tentado sempre na escola.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Parece que deixou de fazer aquilo que nós pedimos. Está sempre a fazer o contrário.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Sim porque preciso de saber como fazer para ele melhorar.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Quero saber mais sobre esta problemática, como eles fazem com os meninos deles. Não sei como posso fazer para ter mais ajuda dos professores.

Entrevista 6 (Idade da criança 8, masculino)

N: Qual a perceção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: É problema muito difícil, é muito complicado porque ele nunca está parado.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Só pensava ainda bem que não é nada de grave.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, principalmente com a escola, porque os professores dizem que ele não pára quieto.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Acho que vai ter muitas dificuldades na escola.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim, preciso.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Ele é muito desinteressado nas aulas, gostava de saber o que posso fazer para que ele se concentre mais e como posso fazer para ele estar mais parado a fazer as coisas.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Ele precisa de parar para se concentrar mais para poder acabar o que lhe pedem. Acho que também precisa de mais apoio na escola.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Passei a procurar mais ajudas para o meu filho, mas também comecei a estar mais preocupada porque não consigo que ele melhore na escola.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Depois de saber passou a dizer que não faz as coisas porque é doente e não sabe.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Sim, era muito bom para poder falar com alguém que nos perceba.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Gostava de falar sobre maneiras de trabalharmos com os nossos filhos e que apoios eles têm no hospital e na escola.

Entrevista 7 (Idade da criança 7, feminina)

N: Qual a perceção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: Tem sido desafio muito grande. Há quem diga que ela é mal-educada, mas ela não é mal-educada, não é mal comportada mas exige muito de nós, temos de estar sempre com atenção a ela. Ela agora anda muito nervosa e diz que é burra, que não é capaz de fazer as coisas mas eu sei que não é, ela só tem dificuldade porque se distrai muito. Está sempre de cabecita no ar.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Só pensava mas porquê eu?! O que é que fiz?! Eu não conheço ninguém na minha família que seja assim.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, nós temos de a ajudar a vencer as limitações. Temos de fazer com que ela tenha boas notas para ser uma grande mulher.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Quero aquilo que todos os pais querem. Quero que a minha filha tenha sucesso na escola. Ela tem uma grande força de vontade para conseguir o que quer. Se continuar a esforçar-se vai conseguir passar sempre. Espero que consiga tirar um bom curso.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Eu acho que sim, para a poder ajudar mais.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Gostava de saber como a posso ajudar a estar mais atenta para estar bem na escola.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: A concentração é o ponto fraco dela. Ela se conseguir concentrar-se mais consegue fazer o mesmo que os outros meninos.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Eu, o meu marido e a irmã passámos a ter mais paciência para podermos ajudar a nossa filha. A irmã é muito paciente com ela, ajuda-a muito, têm uma boa relação.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Nenhuma, na vida dela nada mudou.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Sim, penso que para mim seria útil, para dar as minhas opiniões e para ouvir outros pais a contarem as suas experiências.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Tudo o que tenha haver sobre estratégias para trabalhar com a minha filha. Há também uma coisa que me tem deixado curiosa, é sobre a medicação, mas não sei muito bem se é bom.

Entrevista 8 (Idade da criança 8, feminino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: Ser mãe de uma *hiperativa* é muito difícil. Está sempre deitar tudo abaixo, nunca está com atenção, não termina os trabalhos, às vezes é impossível não ficar irritada.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Desde pequena que nós começámos a pensar que era *hiperativa*. Ela não conseguia fazer uma refeição à mesa sem se levantar, não consegue terminar os trabalhos. Quando o doutor disse foi a confirmação e só tentámos perceber o que era melhor para ela.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, quero que a compreendam para não ter problemas na escola, estou disposta a ajudá-la sempre.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Precisa de muita ajuda nossa, mas acho que vai conseguir ter bons resultados.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim! Preciso de estratégias para trabalhar com a minha filha.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Tal como disse antes de estratégias para ela se concentrar mais e terminar os trabalhos.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: A S. precisa de muito apoio tanto na escola como em casa e não sei se era bom ela ter uma psicóloga porque às vezes ela diz que não faz porque não sabe e que os colegas a chamam de burra, acho que começa a não gostar dela. Mas eu sei que ela é inteligente.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Passámos a ter mais calma com a nossa menina mas também começaram a haver algumas discussões porque eu e o meu marido somos diferentes, ele é mais de berrar e castigar e eu não gosto muito disso.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Nenhuma, na vida da S. não aconteceu nenhuma mudança. A família aceita bem e percebe algumas coisas que ela faz.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Acho que era uma oportunidade, sempre era alguém com quem falava e nos percebia.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Como eles lidam com os problemas da escola, que tipo de ajudas têm da escola e do hospital. Ah e gostava de saber a opinião deles sobre os comprimidos.

Entrevista 9 (Idade da criança 7, masculino)

N: Qual a perceção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: O P. tem 7 anos e é hiperativo, eu já suspeitava porque ele está sempre desatento, não pára quieto um minuto, salta por todo o lado e não tem a noção do perigo. Se for preciso vai buscar uma bola ao meio da estrada com carros a passarem.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Como já andava desconfiada tentei saber mais, fiz muitas perguntas à médica e quando vim para casa tentei pesquisar muita coisa na internet. Entretanto o professor também nos tem ajudado muito.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, como ele não tem noção do perigo a principal preocupação é que ele não faça nenhuma asneira. E há sempre a preocupação que na escola também esteja bem para poder passar e aprender cada vez mais.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Ele é esperto e acho que vai conseguir aprender muitas coisas, a minha principal preocupação é que ele consiga fazer amigos porque os colegas na escola já se afastam dele porque o P. está sempre no meio dos problemas.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim...se preciso, às vezes parece que nunca sei nada. Às vezes não sei o que fazer com ele.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Gostava que ele tivesse concentrado como quando está ao computador, ele é capaz de passar horas a jogar sem se distrair. Gostava também que não se metesse em tantas confusões, mas não sei como posso evitar.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: As maiores necessidades do P. são o controlar os comportamentos e a atenção

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Apenas passámos a ter mais calma em alguns momentos em que P. faz alguma coisa menos correta.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Nenhuma, não houve nenhuma mudança.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Ai sim, sem dúvida, seria uma ótima experiência, quanto mais não fosse para poder desabafar.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Um dos assuntos que gostaria de abordar era o efeito do medicamentos, se faz bem ou não. Outro eram estratégias para ajudar o meu filho a controlar o comportamento dele.

Entrevista 10 (Idade da criança 8, feminino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: Temos dias, tem alturas em que faz aquilo que lhe mando, tem outras alturas em que só quer fazer aquilo que ela quer.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Quais foram as minhas preocupações?! Foi ela não ter mãe e eu ter a idade que tenho e ter de suportar tudo.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: As preocupações é que eu falte de repente e ela seja muito pequenina e que sofra aquilo que eu não gostava que ela sofresse.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: É que ela se trata para tirar um bom curso para ser uma mulher como deve ser.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Eu acho que não. Estou esclarecida.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Gostava que ela tirasse notas melhores. Que ela fosse mais humilde do que aquilo que é. O pai diz oh mãe chegue-me isto e ela vai a correr buscar.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: É que ela tivesse mais compreensão. Era ter mais compreensão da parte do pai, que não tem.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: O que mudou?! Preocupações!

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Para a I. mudou nós termos preocupações de tratar dela. Desde da visão a ela se deixar de ser hiperativa, estar concentrada nas aulas.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Não sei!

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Era, era ver como eles lidam com as crianças, porque nós estamos sempre a aprender.

Entrevista 11 (Idade da criança 11, masculino)

N: Qual a perceção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: É uma doença que não se conhecia muito, só agora é que se fala muito. Ele agora já começa a obedecer. Quando está a trabalhar parece que nunca está lá, quando o chamamos atenção ele volta, mas depois distrai-se de novo.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Na altura apenas pensava em como o podia ajudar, como todos os pais a nossa preocupação é dar os melhores aos nossos filhos.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Preocupações há. Que ele se consiga ultrapassar o défice de atenção através de regras que ele usa com as pessoas e as partilhe.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Bem, eu sou otimista. Há um conjunto de coisas que não entendemos mas é uma questão de tempo e com a nossa ajuda ele vai ultrapassar todas as dificuldades.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim, quanto mais souber mais posso ajudar o A.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: O que mais me interessa são as estratégias e formas de trabalhar com o meu filho.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Ele precisa de se concentrar mais para poder melhorar. Acho que os professores também precisam de ter mais paciência com ele.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Temos paciência com ele, tentamos compreender e aceitar algumas atitudes.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Passou a ter mais compreensão de mim, da mãe e do irmão. Ele notou essa diferença e até está mais carinhoso com o irmão.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Acho que falando é que se aprende. Outros pais podem saber coisas que nós não sabemos.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Estratégias para ele se melhorar melhor e ouvir outros pais a falarem sobre os filhos.

Entrevista 12 (Idade da criança 9, masculino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: Hoje já assumo com mais facilidade, ao princípio não entendia o porquê da maneira de ser dele e fui habituando com a hiperatividade dele em si, vá lá, e a melhor maneira de o conseguir levar a bem. Para já acho que é uma doença que não pode ser batida, a criança se for batida pior é, mais se enerva, mais excitado fica, tem que ser levado com carinho e com humor.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Senti um desgosto grande porque a gente pensa sempre o melhor dos nossos não é, e senti mas pensei que havia de ser ultrapassada e felizmente vai sendo.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: As preocupações com o E. existem todos os dias porque a gente diz-lhe uma coisa que ele faz precisamente o inverso e a gente tem que lhe mostrar que o que ele está a fazer é mal feito. Tem que seguir os nossos ensinamentos e obedecer. E por vezes já faz e obedece.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Acho que vai ser ultrapassado e sim está a ser em parte. Ele está a melhorar ... em alguns casos está. Mas na escola acham que ele é impulsivo e provoca e depois arranja problemas dentro da escola.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Acho que não, eu tenho-as todas. Estou convencido que com a minha maneira que eu estou dia para dia a tentar levá-lo de uma maneira totalmente diferente e estou convencido que ela está a resultar.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Informação ... gostava que dentro da doença dele, dos medicamentos que houvesse outra que o fizesse andar mais calmo. Que de manhã ele está calmo passa o efeito do medicamento e ele começa a ficar impulsivo.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Ele em primeiro lugar em tem de ter a preocupação de estar com o espírito distraído, tem que ter desporto que ele faz, agora pelas más notas que tem tido está castigado e não tem ido à bola. Por vezes tiro-lhe a PSP, ou a PS e não sei quê mas depois todos dizem que não fazem mas eu às vezes quebro um bocadinho para ver se ele melhora. Tem dificuldade no autocontrolo dele.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Mudou tudo, quer dizer... todas aquelas distrações, também já não tenho assim muitas. Ir aqui, ali ou acolá por vezes privo-me de ir porque, dentro da família então, porque ele tem a sua maneira de ser e tal e alguns compreendem, mas outros mas dizem que mexe, que faz e tal e eu deixei de ir a casa de certos familiares porque não me quero aborrecer com eles e eu reconheço que a criança é aquilo mesmo.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Ele reconhece que por vezes vai a casa de pessoas de família e se porta mal porque quer brincar, a ânsia dele é sempre brincar, mas por vezes a brincadeira dele é capaz de ir por ali fora e não se trava.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Sim, para trocar impressões. Seria agradável para saber o que resulta ou não.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Quer dizer, eu sou um pouco fechado sobre esses aspetos. Eu abordo com sobrinhas que têm filhos como o E. e falamos, trocamos ideias. Dentro dos meus conhecimentos acho que era bom passar algumas estratégias que resultaram com o E.. Só assim é que se pode levar estas crianças, a bater não dá.

Entrevista 13 (Idade da criança 7, feminino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: O comportamento da T. na escola acaba por ser um pouco melhor. Na escola manifesta mais o défice de atenção

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Na altura fiquei muito preocupada, passou-me tudo pela cabeça, qualquer doença.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, existem preocupações. É o tentar ajudá-la o melhor possível e tentar sempre compreendê-la e eu via as coisas há uns tempos atrás diferentes, mas porquê eu, mas porquê a mim?! Mas hoje penso de outra maneira e noto que as coisas estão a ir com muitos bons resultados.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Eu acho que vai ultrapassar tudo.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim, até porque sou muito ansiosa.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Muitas, há coisas que...eu tenho muitos livros e leio muito. Eu gosto de ler tudo o que se relaciona com o problema dela. Eu paro, o meu cérebro para para estar presente ali porque eu quero estar sempre informada e saber o que posso fazer quando algo acontece.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Eu acho que ela necessidades específicas, é assim, eu acho que no fundo acho que ela não tem, porque tudo aquilo que possa fazer eu tenho feito, tudo aquilo que lhe posso dar eu tenho dado. Eu mais não consigo fazer.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Pôs um bocado a família preocupada, ansiosa, na altura pôs. Agora já vão vendo as coisas de outra forma. Embora eu também reserve um bocadinho para mim só, mesmo em termos do meu marido e tudo. Agora já tenho aquele à vontade para lhe dizer passa-se isto, isto e isto...porque eu achava que o meu marido lhe passava um bocadinho ao lado mas foi preciso ele passar momentos mais tempo com ela para saber dar valor para tentar perceber realmente o problema que ela tem.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Nenhumas!

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Acho! Acho! Acho.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Muitas coisas o facto do comportamento, da ansiedade deles se é igual se não é igual, como é.

Entrevista 14 (Idade da criança 8, masculino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: É uma criança normal, o problema maior é na escola porque não acaba os trabalhos, está sempre de pé a correr de um lado para o outro.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Foi um choque. Só pensava que isto só me acontece a mim, mas depois começou por ser melhor.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, mas os problemas da escola têm sido superados, os professores têm sido espetaculares. Têm sido vitórias seguidas.

N: Como perspetiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: É complicado, até para pessoas normais. Mas acho que vai tudo correr bem. Como o professor diz ele vai superando as dificuldades que tem.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim, para lidar com ele porque às vezes parece que não consegue estar quieto, nem fazer os trabalhos.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Formas de trabalhar com as crianças com esta doença para poder ajudar o meu filho.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Tem de se concentrar mais para conseguir fazer as coisas que as pessoas lhe pedem.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Não mudou muito, damo-nos todos bem em casa e temos uma boa relação.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Nada, na vida dele não mudou nada.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Se calhar sim, devem ter algumas estratégias melhores para trabalhar com os seus filhos.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Como eles trabalham com os seus filhos.

Entrevista 15 (Idade da criança 7, masculino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: É um menino que precisa de muita atenção da nossa parte, às vezes faz tantas asneiras que não sei o que posso fazer, mas é um bom moço. Tenho pena que a professora não veja isso, está sempre a dizer que é mal educado, que não espera a vez dele para falar.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Tive medo, achei que fosse uma doença pior. Mas depois comecei a perceber que era preciso era ter paciência com ele.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Que na escola fosse melhor. Às vezes já não me apetece vir à escola, o C. não faz nada bem.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: É complicado, tem que ir melhor na escola.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Não sei como posso fazer que ele na escola fique bem, o que posso eu fazer?!

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Sobre como ajudar a estar mais atento e a melhorar o comportamento.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Tem prestar mais atenção às coisas.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Nada, na nossa família só passámos a ter mais preocupação para arranjar mais ajudas na escola. Agora temos uma senhora explicadora para o ajudar.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Às vezes faz-se de burrinho, diz que não sabe fazer as coisas. Mas ele até sabe e eu sei.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Penso que sim, podia desabafar um pouquinho com outras pessoas que me percebiam porque vivem com o mesmo em casa.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: O mais importante era falar dos castigos, como lidar com os filhos quando fazem asneiras.

Entrevista 16 (Idade da criança 8, masculino)

N: Qual a perceção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: Às vezes é duro, temos de ter calma com ele e falar muito. Ele é muito mexido e algumas coisas que ele faz, faz sem pensar.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Só pensava: então é por isto que ele faz aquilo tudo?! E fiz muitas perguntas à doutora psicóloga para me dizer como fazer melhor.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Sim, converso mais com os professores para ver como ele está na escola, porque se ele tirar notas boas então ele depois pode vir a ter um bom trabalho.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Não é fácil, isto anda tão difícil professor. Mas se ele tirar boas notas na escola pode arranjar um bom trabalho e ter uma boa família.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: O professor tem-me ajudado muito nisso, mas quero sempre saber como posso ajudar o R. a melhorar o comportamento dele.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: Maneiras de ele melhorar e se concentrar mais e fazer as coisas que lhe pedem.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Ele tem de se concentrar mais e controlar-se mais, às vezes ele diz e faz coisas que vê-se que não pensa antes que falar.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Temos mais compreensão com ele, aceitamos melhorar algumas coisas. Mas com o pai ainda é difícil porque ele berra muito e chateia-se muito quando ele se está sempre a mexer.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Às vezes fica admirado quando nós dizemos que o percebemos.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Era importante ouvir outros pais a falarem-me do que eles fazem para ajudar os filhos deles. Assim podia aprender e fazer melhor com o R. Assim é que se aprende não é?!

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Maneiras de trabalhar com o meu menino, contar experiência deles, aprender mais sobre a doença do meu filhote.

Entrevista 17 (Idade da criança 10, masculino)

N: Qual a percepção sobre a problemática do seu Educando(a)?

EE: No início já me doía um bocado, por mais que fizesse ele fazia sempre o mesmo. A dor de o meu marido também estar muito ausente também não ajudava. Mas estamos a tentar melhorar para ajudar o J.

N: Quais foram as maiores preocupações quando foi diagnosticada PHDA ao seu educando(a)?

EE: Ajudar o J. a superar as dificuldades de atenção e que na escola ele estivesse bem. Tentei ver o que podia conseguir de apoios na escola, que médicos o podiam ver, a doutora psicóloga e o professor N. ajudaram-me muito.

N: Existem preocupações atualmente? Se sim, quais são?

EE: Quando se é mãe há sempre preocupações, queremos sempre que eles se portem bem, que vão bem na escola para poderem aprender tudo bem.

N: Como perspectiva o futuro do seu educando(a), perante o diagnóstico de PHDA?

EE: Acho que vai ser bom, temos de ter paciência e agora que eu e o pai estamos mais calmos ele também fica mais calmo. Apesar de se estar sempre a mexer e a sonhar muito.

N: Precisa de mais informação sobre as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Sim, quero melhor compreender as coisas. Para também trabalhar melhor com o J.

N: Que tipo de informação gostaria de poder obter?

EE: A informação que gostava mais de poder ter era sobre as estratégias, o professor e a doutora têm começado a fazer um contrato e gostava de aprender mais sobre isso.

N: Quais as necessidades específicas do seu educando(a)?

EE: Tem muitas dificuldades de atenção e mexe-se muito, faz muitas coisas sem pensar. Às vezes até tenho medo se o deixo jogar à bola na rua porque ele chega todo magoado e negro.

N: O que mudou na vida da sua família com o diagnóstico da PHDA?

EE: Tive que mudar, ou melhor tivemos que mudar. Não deixamos fazer tudo mas temos mais calma, falamos com mais calma e tentamos que ele veja o que aconteceu se fez bem ou não e como pode fazer melhor.

N: Que alterações ocorreram na vida do seu educando(a) com o conhecimento, por parte da Família, do diagnóstico da PHDA?

EE: Passou a tentar controlar-se melhor, ouve-me mais, mas também compreendo que é porque agora eu tenho mais calma e falo mais com ele. Antes começava logo os berros e nem deixava que ele tivesse espaço para se abrir comigo.

N: Considera benéfico ter a oportunidade para se encontrar e falar com pais de outras crianças com a mesma problemática?

EE: Não chega só ler, eu leio muito sobre o problema do J. mas acho que falar com outros pais seria melhor para ver como eles estão com os filhos. Podemos sempre melhorar.

N: Que assuntos, relativos à problemática do seu educando(a), gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias?

EE: Tem –se falado muito dos comprimidos e não sei bem se fazem mal, queria saber isso e mais sobre a *hiperatividade*.

Anexo 3

Análise de Conteúdo das Entrevistas

Perceção dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | UR |
|---|-----------------------|--|
| Perceção/Entendimento dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA | Comportamentos | “Sempre achámos o R. muito reguila (...).” (EE1) |
| | | “ (...) O B. se fizer um esforço é capaz de controlar o comportamento.” (EE2) |
| | | “estou sempre em cima dele para ele não fazer asneiras.” (EE4) |
| | | “ (...) não pode ser batida, a criança se for batida pior é, mais se enerva, mais excitado fica, (...)” (EE12) |
| | | “O comportamento da T. na escola acaba por ser um pouco melhor.” (EE13) |
| | | “ (...) às vezes faz tantas asneiras (...)” (EE15) |
| | | “ (...) o P. está sempre no meio dos problemas.” (EE9) |
| | Atenção/ Concentração | “Ele não consegue (...) fazer os trabalhos do princípio ao fim.” (EE1) |
| | | “(...) nem o deixa estar concentrado.” (EE2) |
| | | “Ela nunca acaba os trabalhos, não porque não saiba, mas porque está na lua. (...)” (EE3) |
| | | Parece que há qualquer coisa que a está a distrair.” (EE3) |
| | | “(...) que não deixa que ela esteja atenta.” (EE3) |
| | | “É uma problemática que dá dificuldades em prestar atenção (...)” (EE5) |
| | | “ (...) ela só tem dificuldade porque se distrai muito.” (EE7) |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Percepção/Entendimento dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA</p> | <p>Atenção/ Concentração</p> | <p>“Está sempre de cabecita no ar.” (EE7)</p> |
| | | <p>“ (...) nunca está com atenção, não termina os trabalhos, (...)” (EE8)</p> |
| | | <p>“ (...) eu já suspeitava porque ele está sempre desatento, (...)” (EE9)</p> |
| | | <p>“Quando está a trabalhar parece que nunca está lá, (...)” (EE11)</p> |
| | | <p>“ (...) quando o chamamos atenção ele volta, mas depois distrai-se de novo.” (EE11)</p> |
| | | <p>“Na escola manifesta mais o défice de atenção.” (EE13)</p> |
| | | <p>“ (...) não acaba os trabalhos,(...)” (EE14)</p> |
| | | <p>“ (...) não consegue terminar os trabalhos. (...)” (EE8)</p> |
| | <p>“(...)tem muitas dificuldades em prestar atenção.” (EE5)</p> | |
| | <p>Impulsividade</p> | <p>“É uma problemática que (...) faz com que ele faça as coisas sem pensar.” (EE5)</p> |
| | | <p>“ (...) não tem a noção do perigo. Se for preciso vai buscar uma bola ao meio da estrada com carros a passarem.” (EE9)</p> |
| | | <p>“ (...) não espera a vez dele para falar.” (EE15)</p> |
| | | <p>“ (...) algumas coisas que ele faz, faz sem pensar.” (EE16)</p> |
| | | <p>“Ela não consegue é mais forte do que ela.” (EE3)</p> |
| | <p>Agitação motora</p> | <p>“Ele é muito irrequieto (...).” (EE1)</p> |
| <p>“(...) o problema do meu filho é que não o deixa estar quieto na cadeira, (...)” (EE2)</p> | | |
| <p>“ (...) ele gosta de estar sempre a mexer, a meter-se com os outros (...)” (EE1)</p> | | |
| <p>“Ele não consegue estar sentado na cadeira dele (...)” (EE1)</p> | | |
| <p>“ (...) faz com que as crianças se mexam muito.” (EE2)</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| Percepção/Entendimento dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA | Agitação motora | <i>“Ele nunca está quieto,(...)” (EE4)</i> |
| | | <i>“ (...) ele nunca está parado.” (EE6)</i> |
| | | <i>“ (...) Está sempre deitar tudo abaixo, (...)” (EE8)</i> |
| | | <i>“ (...) salta por todo o lado (...)” (EE9)</i> |
| | | <i>“ (...) não pára quieto um minuto, (...)” (EE9)</i> |
| | | <i>“ (...) está sempre de pé a correr de um lado para o outro.” (EE14)</i> |
| | | <i>“Ele é muito mexido (...)” (EE16)</i> |
| | | <i>“Ela não conseguia fazer uma refeição à mesa sem se levantar, (...)” (EE8)</i> |
| | Dificuldade em seguir orientações e obedecer a regras | <i>“Temos dias, tem alturas em que faz aquilo que lhe mando, tem outras alturas em que só quer fazer aquilo que ela quer.” (EE10)</i> |
| | | <i>“Ele agora já começa a obedecer.” (EE11)</i> |
| | Dificuldade em seguir orientações e obedecer a regras | <i>“(…), é teimoso e faz as coisas sempre mal.” (EE4)</i> |
| | | <i>“Tem que seguir os nossos ensinamentos e obedecer. E por vezes já faz e obedece.” (EE12)</i> |
| | | <i>“(…) a gente diz-lhe uma coisa que ele faz precisamente o inverso (...)” (EE12)</i> |
| | Aspetos clínicos | <i>“Eu sei que é algo no cérebro (...)” (EE3)</i> |
| | | <i>“É uma doença que não se conhecia muito, só agora é que se fala muito.” (EE11)</i> |
| | | <i>“Para já acho que é uma doença (...)” (EE12)</i> |
| | | <i>“É uma doença (...). ” (EE2)</i> |
| | Mensagens de terceiros | <i>“Na escola dizem que é preguiçosa. (...)” (EE3)</i> |
| | | <i>“Há quem diga que ela é mal-educada, mas ela não é mal-educada, não é mal</i> |

| | | |
|---|------------------------|--|
| Percepção/Entendimento dos Encarregados de Educação relativamente à PHDA | Mensagens de terceiros | <i>comportada mas (...)</i> (EE7) |
| | | <i>“Tenho pena que a professora não veja isso, está sempre a dizer que é mal educado, (...)</i> ” (EE15) |
| | | <i>“ (...)</i> porque os professores dizem que ele não pára quieto.” (EE6) |
| | | <i>“É complicado. Ele tem tido muitas queixas da escola. Os professores dizem que ele perturba muito, (...)</i> ” (EE5) |
| | | <i>“Mas na escola acham que ele é impulsivo e provoca e depois arranja problemas dentro da escola.”</i> (EE12) |
| | | <i>“(…) porque é muito difícil, às vezes sentimo-nos atacados, por outras pessoas que não nos conhecem, que não sabem o que se passa e às vezes até por pessoas da nossa família.”</i> (EE1) |
| | | <i>“(…), a professora está sempre a dizer que ela não acaba os trabalhos.”</i> (EE3) |

Alterações à dinâmica familiar

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | UR |
|---------------------------------------|-----------------------|--|
| Alterações à dinâmica familiar | Preocupações | <i>“O que mudou?! Preocupações!”</i> (EE10) |
| | | <i>“Pôs um bocado a família preocupada, ansiosa, (...)</i> ” (EE13) |
| | Menor disponibilidade | <i>Mudou tudo, quer dizer... todas aquelas distrações, também já não tenho assim muitas.”</i> (EE12) |
| | | <i>“Ir aqui, ali ou acolá por vezes privo-me de ir (...).”</i> (EE12) |

Preocupações no momento do diagnóstico

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | UR |
|--|--|---|
| Preocupações no momento do diagnóstico | Culpabilização | <i>“Perguntei-me, porquê a mim?!” (EE3)</i> |
| | | <i>“A PHDA vem do meu marido. (...)” (EE2)</i> |
| | | <i>“(…) não sabia porque me estava acontecer isto.” (EE5)</i> |
| | | <i>“Só pensava mas porquê eu?!” (EE7)</i> |
| | | <i>“Senti um desgosto grande porque a gente pensa sempre o melhor dos nossos não é (...)” (EE12)</i> |
| | | <i>“Foi um choque. Só pensava que isto só me acontece a mim, (...)” (EE14)</i> |
| | | <i>“Pensei que a culpa tinha sido minha porque não tive uma gravidez muito calma.” (EE3)</i> |
| | | <i>“O que é que fiz?!” (EE7)</i> |
| | | <i>“Foi ela não ter mãe e eu ter a idade que tenho e ter de suportar tudo.” (EE10)</i> |
| | | <i>“ (...) , mas porquê eu, mas porquê a mim?!” (EE13)</i> |
| | <i>“Eu não conheço ninguém na minha família que seja assim.” (EE7)</i> | |
| | Desvalorização | <i>“(.) estava contente porque o meu filho não tinha nenhuma doença daquelas más.” (EE1)</i> |
| | | <i>“Eu só dizia, mas ele tem capacidade para estudar e aprender.” (EE2)</i> |
| | | <i>“Foi tudo tão confuso, nem sabia bem o que a doutora estava a dizer. Pensei que era uma doença.” (EE4)</i> |
| | | <i>“Na altura fiquei muito preocupada, passou-me tudo pela cabeça, qualquer doença.” (EE13)</i> |
| | | <i>“Tive medo, achei que fosse uma doença pior.” (EE15)</i> |

| | | |
|--|--|--|
| Preocupações no momento do diagnóstico (Continuação) | Desvalorização | “Só pensava ainda bem que não é nada de grave.” (EE6) |
| | | “ (...) pensei que havia de ser ultrapassada e felizmente vai sendo.” (EE12) |
| | Necessidade de informação | “Só pensava o que podia fazer para o ajudar.” (EE1) |
| | | “Na altura perguntei ao médico o que podia fazer.” (EE5) |
| | | “No ano passado quando o doutor me disse que ele tinha PHDA não sabia muito bem o que era.” (EE2) |
| | | “(…) não sei!” (EE3) |
| | | “Não sei dizer!” (EE4) |
| | | “ (...) só tentámos perceber o que era melhor para ela.” (EE8) |
| | | “(…) tentei saber mais, fiz muitas perguntas à médica (...). “ (EE9) |
| | | “ (...) quando vim para casa tentei pesquisar muita coisa na internet.” (EE9) |
| | | “Na altura apenas pensava em como o podia ajudar, (...).” (EE11) |
| | | “ (...) fiz muitas perguntas à doutora psicóloga para me dizer como fazer melhor.” (EE16) |
| | | “Tentei ver o que podia conseguir de apoios na escola, que médicos o podiam ver, (...)” (EE17) |
| | “No início ficamos sem saber como agir, limitámo-nos a fazer o que achámos melhor naquela altura.” (EE1) | |
| | Aceitação/Compreensão | “Eu e pai começámos a compreender melhor alguns comportamentos, passámos a aceitar melhor algumas coisas.” (EE1) |
| “Talvez agora tenha mais paciência porque já sei porque ele faz algumas asneiras.” (EE2) | | |
| “ (...) , eu é que comecei a ter mais paciência com ele.” (EE2) | | |
| “Eu e o pai tentámos ser mais calmos e meigos para ela.” (EE3) | | |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| <p>Preocupações no momento do diagnóstico (Continuação)</p> | <p>Aceitação/Compreensão</p> | <p>“Eu tento ter mais paciência com ele, mas nem sempre consigo.” (EE4)</p> |
| | | <p>“Eu, o meu marido e a irmã passámos a ter mais paciência para podermos ajudar a nossa filha. A irmã é muito paciente com ela, ajuda-a muito, têm uma boa relação.” (EE7)</p> |
| | | <p>“Passámos a ter mais calma com a nossa menina (...).” (EE8)</p> |
| | | <p>“A família aceita bem e percebe algumas coisas que ela faz.” (EE8)</p> |
| | | <p>“Apenas passámos a ter mais calma em alguns momentos em que P. faz alguma coisa menos correta.” (EE9)</p> |
| | | <p>“Temos paciência com ele, tentamos compreender e aceitar algumas atitudes.” (EE11)</p> |
| | | <p>“Temos mais compreensão com ele, aceitamos melhorar algumas coisas.” (EE16)</p> |
| | | <p>“Tive que mudar, ou melhor tivemos que mudar. Não deixamos fazer tudo mas temos mais calma, falamos com mais calma e tentamos que ele veja o que aconteceu se fez bem ou não e como pode fazer melhor.” (EE17)</p> |

Preocupações atuais

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | UR |
|---|---------------------|--|
| Preocupações atuais | Escola/Aprendizagem | “Estou preocupado com a escola, quero que ele tenha todo o apoio para poder passar.” (EE1) |
| | | “ (...) é que ele se concentre mais para estudar.” (EE2) |
| | | “Só quero que ela tenha boas notas na escola, (...)” (EE3) |
| | | “Ele tem de tirar boas notas para poder passar de classe.” (EE4) |
| | | “ (...)a minha maior preocupação é que ele esteja bem na escola.” (EE5) |
| | | “Ele tem todas as capacidades, mas precisa de ajuda na escola para se concentrar.” (EE5) |
| | | “ (...) principalmente com a escola, (...)” (EE6) |
| | | “Temos de fazer com que ela tenha boas notas para ser uma grande mulher.” (EE7) |
| | | “Sim, quero que a compreendam para não ter problemas na escola (...)” (EE8) |
| | | “ (...) há sempre a preocupação que na escola também esteja bem para poder passar e aprender cada vez mais.” (EE9) |
| | | “ (...) os problemas da escola têm sido superados (...)” (EE14) |
| | | “Que na escola fosse melhor.” (EE15) |
| | | “ (...) ele tirar notas boas (...)” (EE16) |
| “ (...) que vão bem na escola para poderem aprender tudo bem.” (EE17) | | |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| Preocupações atuais | Escola/Aprendizagem | <i>“Quero que ele tenha boas notas e se porte bem na escola (...)” (EE1)</i> |
| | | <i>“Acredito que o meu filho tem capacidade para fazer tudo, basta ele se esforçar para que tenha boas notas.” (EE2)</i> |
| | | <i>“Espero que consiga passar de ano. Se trabalhar muito ela vai conseguir.” (EE3)</i> |
| | | <i>“Eu só queria que ele pudesse tirar boas notas.” (EE5)</i> |
| | | <i>“Acho que vai ter muitas dificuldades na escola.” (EE6)</i> |
| | | <i>“Quero que a minha filha tenha sucesso na escola.” (EE7)</i> |
| | | <i>“Se continuar a esforçar-se vai conseguir passar sempre.” (EE7)</i> |
| | | <i>“Ele é esperto e acho que vai conseguir aprender muitas coisas, (...)” (EE9)</i> |
| | | <i>“ (...) tirar boas notas na escola (...)” (EE16)</i> |
| | | <i>“Espero que consiga tirar um bom curso.” (EE7)</i> |
| | | <i>“É que ela se trata para tirar um bom curso para ser uma mulher como deve ser.” (EE10)</i> |
| | | <i>“ (...) a minha principal preocupação é que ele consiga fazer amigos porque os colegas na escola já se afastam dele (...).” (EE9)</i> |
| | | <i>“ (...) comecei a estar mais preocupada porque não consigo que ele melhore na escola.” (EE6)</i> |
| | <i>“Tentei procurar mais apoios para o poderem ajudar porque sozinha não consigo. Tenho tentado sempre na escola.” (EE5)</i> | |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Preocupações atuais | Escola/Aprendizagem | <i>“ (...) passámos a ter mais preocupação para arranjar mais ajudas na escola. Agora temos uma senhora explicadora para o ajudar.”</i> (EE15) |
| | | <i>“Espero que consiga passar de ano. Se trabalhar muito ela vai conseguir.”</i> (EE3) |
| | Atitudes de resignação | <i>“Às vezes já não me apetece vir à escola, o C. não faz nada bem.”</i> (EE15) |
| | | <i>“É complicado, até para pessoas normais.”</i> (EE14) |
| | | <i>“ Não é fácil, isto anda tão difícil (...)”</i> (EE16) |
| | | <i>“ (...) Não dá para tomar conta de tudo, (...)”</i> (EE4) |
| | | <i>“É problema muito difícil, é muito complicado (...)”</i> (EE6) |
| | | <i>“É um problema muito difícil, (...)”</i> (EE4) |
| | Atitudes de envolvimento/suporte perspetivando mudanças | <i>“Tenho de ter paciência com ele para ele fazer os trabalhos da escola, para tentar que ele não se distraia.”</i> (EE4) |
| | | <i>“Sim, nós temos de a ajudar a vencer as limitações.”</i> (EE7) |
| | | <i>“ (...), estou disposta a ajudá-la sempre.”</i> (EE8) |
| | | <i>“ (...) e a gente tem que lhe mostrar que o que ele está a fazer é mal feito.”</i> (EE12) |
| | | <i>“ (...) tentar ajudá-la o melhor possível e tentar sempre compreendê-la (...) noto que as coisas estão a ir com muitos bons resultados.”</i> (EE13) |
| | | <i>“(...) que ele se consiga ultrapassar o défice de atenção através de regras que ele usa com</i> |

| | | |
|----------------------------|--|---|
| Preocupações atuais | Atitudes de envolvimento/suporte perspetivando mudanças | <i>as pessoas e as partilhe.” (EE11)</i> |
| | | <i>“ (...) pode vir a ter um bom trabalho.” (EE16)</i> |
| | | <i>“Com muita paciência e com muito trabalho ele vai passar sempre na escola (...).” (EE4)</i> |
| | | <i>“Precisa de muita ajuda nossa, mas acho que vai conseguir ter bons resultados.” (EE8)</i> |
| | | <i>“(...) com a nossa ajuda ele vai ultrapassar todas as dificuldades.” (EE11)</i> |
| | | <i>“Eu tenho muito orgulho nele em todos os aspetos. Pessoalmente, eu sinto-me contente.” (EE1)</i> |
| | | <i>“Acho que vai ser ultrapassado e sim está a ser em parte.” (EE12)</i> |
| | | <i>“Eu acho que vai ultrapassar tudo.” (EE13)</i> |
| | | <i>“Acho que vai ser bom, temos de ter paciência e agora que eu e o pai estamos mais calmos ele também fica mais calmo.” (EE17)</i> |
| | | <i>“Às vezes é duro, temos de ter calma com ele e falar muito.” (EE16)</i> |
| | | <i>“ (...) exige muito de nós, temos de estar sempre com atenção a ela. (...)” (EE7)</i> |
| | | <i>“Tem sido desafio muito grande.” (EE7)</i> |
| | | <i>“(...) ao princípio não entendia o porquê da maneira de ser dele e fui habituando com a hiperatividade dele em si, vá lá, e a melhor maneira de o conseguir levar a bem.” (EE12)</i> |
| | <i>“É um menino que precisa de muita atenção da nossa parte, (...)” (EE15)</i> | |
| | <i>“No início já me doía um bocado, por mais que fizesse ele fazia sempre o mesmo. A dor</i> | |

| | | |
|--------------------|---|---|
| reocupações atuais | Atitudes de envolvimento/suporte perspetivando mudanças | <i>de o meu marido também estar muito ausente também não ajudava. Mas estamos a tentar melhorar para ajudar o J.” (EE17)</i> |
| | | <i>“Ajudar o J. a superar as dificuldades de atenção e que na escola ele estivesse bem.” (EE17)</i> |
| | | <i>“ (...) comecei a perceber que era preciso era ter paciência com ele.” (EE15)</i> |
| | | <i>Estou convencido que com a minha maneira que eu estou dia para dia a tentar levá-lo de uma maneira totalmente diferente e estou convencido que ela está a resultar.” (EE12)</i> |
| | | <i>“ (...) eu tenho muitos livros e leio muito. Eu gosto de ler tudo o que se relaciona com o problema dela. Eu páro, o meu cérebro pára para estar presente ali porque eu quero estar sempre informada e saber o que posso fazer quando algo acontece.” (EE13)</i> |
| | | <i>“Eu castigo-o. Tiro-lhe aquilo que ele gosta. E obrigo-o a cumprir os castigos até ao fim, só que ele pede desculpa e pede para lhe dar tirar o castigo. Só que é difícil não lhe dar. Às vezes o pai até berra com ele.” (EE2)</i> |
| | | <i>“Por vezes tiro-lhe a PSP, ou a PS e não sei quê mas depois todos dizem que não fazem mas eu às vezes quebro um bocadinho para ver se ele melhora.” (EE12)</i> |
| | | <i>“(...) tudo aquilo que possa fazer eu tenho feito, tudo aquilo que lhe posso dar eu tenho dado. Eu mais não consigo fazer.” (EE13)</i> |
| | | Necessidades de informação relacionadas com o comportamento |
| | <i>“ (...), como posso fazer para ele estar mais</i> | |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Preocupações atuais | Necessidades de informação relacionadas com o comportamento | <i>parado a fazer as coisas.</i> ” (EE6) |
| | | <i>“Gostava também que não se metesse em tantas confusões, mas não sei como posso evitar.”</i> (EE9) |
| | | <i>“Que ela fosse mais humilde do que aquilo que é. O pai diz oh mãe chegue-me isto e ela vai a correr buscar.”</i> (EE10) |
| | | <i>“Sim, para lidar com ele porque às vezes parece que não consegue estar quieto, nem fazer os trabalhos.”</i> (EE14) |
| | | <i>“Sobre como ajudar (...) a melhorar o comportamento.”</i> (EE15) |
| | | <i>“(...) como posso ajudar o R. a melhorar o comportamento dele.”</i> (EE16) |
| | | <i>“Maneiras de ele (...) fazer as coisas que lhe pedem.”</i> (EE16) |
| | | <i>“O comportamento. Temos de estar constantemente a repreendê-lo, a dizer-lhe para não fazer certas coisas.”</i> (EE1) |
| | | <i>“Ele precisa de melhorar mais o comportamento”</i> (EE2) |
| | | <i>“(...) são o controlar os comportamentos (...).”</i> (EE9) |
| | | <i>“Tem dificuldade no autocontrolo dele.”</i> (EE12) |
| | | <i>“Ele tem de (...) controlar-se mais, às vezes ele diz e faz coisas que vê-se que não pensa antes que falar.”</i> (EE16) |
| | | <i>“ (...) mexe-se muito, faz muitas coisas sem pensar.”</i> (EE17) |
| | Necessidades de informação relacionadas com a atenção/concentração | <i>“(...) preciso de saber como o posso ajudar a que ele se concentre nas aulas.”</i> (EE5) |
| | <i>“Ele é muito desinteressado nas aulas, gostava de saber o que posso fazer para que</i> | |

| | | |
|---|--|---|
| Preocupações atuais | Necessidades de informação relacionadas com a atenção/concentração | <i>ele se concentre mais, (...).” (EE6)</i> |
| | | <i>“(…) como a posso ajudar a estar mais atenta para estar bem na escola.” (EE7)</i> |
| | | <i>“ (…) estratégias para ela se concentrar mais e terminar os trabalhos.” (EE8)</i> |
| | | <i>“Gostava que ele tivesse concentrado como quando está ao computador, (...).” (EE9)</i> |
| | | <i>“Sobre como ajudar a estar mais atento (...).” (EE15)</i> |
| | | <i>“Maneiras de ele melhorar e se concentrar mais (...).” (EE16)</i> |
| | | <i>“ (…) ele distrai-se com tudo, com o lápis, com a borracha, com tudo e não faz nada. Temos de estar sempre ao pé dele.” (EE4)</i> |
| | | <i>“Ele não se concentra, é muito desatento e nunca pára.” (EE5)</i> |
| | | <i>“Ele precisa de parar para se concentrar mais para poder acabar o que lhe pedem.” (EE6)</i> |
| | | <i>“A concentração é o ponto fraco dela. Ela se conseguir concentrar-se mais consegue fazer o mesmo que os outros meninos.” (EE7)</i> |
| | | <i>“(…) o controlar a atenção (...).” (EE9)</i> |
| | | <i>“Ele precisa de se concentrar mais para poder melhorar.” (EE11)</i> |
| | | <i>“Tem de se concentrar mais para conseguir fazer as coisas que as pessoas lhe pedem.” (EE14)</i> |
| | | <i>“Tem prestar mais atenção às coisas.” (EE15)</i> |
| <i>“Ele tem de se concentrar mais (...).” (EE16)</i> | | |
| <i>“Tem muitas dificuldades de atenção (...).” (EE17)</i> | | |

| | | |
|--|---|--|
| Preocupações atuais | Necessidades de informação relacionadas com estratégias de apoio/aprendizagem | “(…) como o apoiar para ele melhorar na escola.” (EE1) |
| | | “Gostava de conhecer mais estratégias (...) para começar a ter melhores notas.” (EE1) |
| | | “Gostava de saber mais como posso ajudar os professores é que é muito complicado para fazer ele os trabalhos.” (EE2) |
| | | “(…) como posso ajudar mais a professora.” (EE4) |
| | | “(…) como trabalhar com o meu filho.” (EE4) |
| | | “(…) ajudá-lo para ver se trabalha melhor.” (EE5) |
| | | “Preciso de estratégias para trabalhar com a minha filha.” (EE8) |
| | | “(…) às vezes parece que nunca sei nada. Às vezes não sei o que fazer com ele.” (EE9) |
| | | “O que mais me interessa são as estratégias e formas de trabalhar com o meu filho.” (EE11) |
| | | “Formas de trabalhar com as crianças com esta doença para poder ajudar o meu filho.” (EE14) |
| | | “Não sei como posso fazer que ele na escola fique bem, (...).” (EE15) |
| | | “(…) melhor compreender as coisas. Para também trabalhar melhor com o J.” (EE17) |
| | | “A informação que gostava mais de poder ter era sobre as estratégias, (...).” (EE17) |
| “(…) para ele melhorar na escola.” (EE1) | | |
| “(…) para começar a ter melhores notas.” (EE1) | | |

| | | |
|----------------------------|---|---|
| Preocupações atuais | Necessidades de informação relacionadas com estratégias de apoio/aprendizagem | “ (...) para estar bem na escola.” (EE7) |
| | | “Gostava que ela tirasse notas melhores.” (EE10) |
| | | “Precisa de muito apoio para poder tirar melhores notas.” (EE1) |
| | | “Ela precisa de muita ajuda na escola, (...).” (EE3) |
| | | “A S. precisa de muito apoio (...) em casa (...).” (EE8) |
| | Necessidades de informação relacionadas com a medicação | “Sobre medicação. Não sei se deva dar, (...).” (EE3) |
| | | “(...) gostava que dentro da doença dele, dos medicamentos que houvesse outra que o fizesse andar mais calmo.” (EE12) |

Preocupações com o Futuro

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | UR |
|----------------------------------|----------------|---|
| Preocupações com o futuro | | “ (...) para um dia conseguir um bom trabalho.” (EE1) |
| | | “ (...) para poder ter um trabalho bom.” (EE4) |
| | | “ (...) pode arranjar um bom trabalho e ter uma boa família.” (EE 16) |

Pertinência de reuniões com outros encarregados de educação

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | UR |
|--|-------------------|--|
| <p>Pertinência de Reuniões e discussões com encarregados de educação de outras crianças com a mesma problemática</p> | <p>Pertinente</p> | <p>“Esses tipos de conversas deviam ser feitas muitas vezes (...).” (EE1)</p> |
| | | <p>“Acho que sim, há muita gente que os pais não sabem tratar das crianças hiperativas.” (EE2)</p> |
| | | <p>“É sempre bom falar.” (EE3)</p> |
| | | <p>“Gostava de ter alguém que ouvisse a minha experiência como mãe com um filho com este problema.” (EE4)</p> |
| | | <p>“(…) preciso de saber como fazer para ele melhorar.” (EE5)</p> |
| | | <p>“(…) era muito bom para poder falar com alguém que nos perceba.” (EE6)</p> |
| | | <p>“(…) penso que para mim seria útil, para dar as minhas opiniões e para ouvir outros pais a contarem as suas experiências.” (EE7)</p> |
| | | <p>“Acho que era uma oportunidade,(…)” (EE8)</p> |
| | | <p>“Ai sim! Sem dúvida, seria uma ótima experiência, (...).” (EE9)</p> |
| | | <p>“Acho que falando é que se aprende. Outros pais podem saber coisas que nós não sabemos.” (EE11)</p> |
| | | <p>“Sim! Para trocar impressões. Seria agradável para saber o que resulta ou não.” (EE12)</p> |
| | | <p>“Acho! Acho! Acho!” (EE13)</p> |
| | | <p>“(…) devem ter algumas estratégias melhores para trabalhar com os seus filhos.” (EE14)</p> |
| | | <p>“Penso que sim, (...).” (EE15)</p> |
| | | <p>“Era importante ouvir outros pais a falarem-me do que eles fazem para ajudar os filhos deles. Assim podia aprender e fazer melhor com a R. Assim é que se aprende não é?!” (EE16)</p> |
| | | <p>“Não chega só ler, eu leio muito sobre o problema do J. mas acho que falar com outros pais seria melhor para ver como eles estão com os filhos. Podemos sempre melhorar.” (EE17)</p> |
| <p>“Era importante ouvir outros pais a falarem-me do que eles fazem para ajudar os filhos deles. Assim podia aprender e fazer melhor com a R. Assim é que se aprende não é?!” (EE16)</p> | | |

Assuntos que gostariam de ver abordados

| CATEGORIA | SUB-CATEGORIAS | UR |
|--|------------------------------------|---|
| <p>Assuntos, que gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias</p> | <p>Estratégias Comportamentais</p> | <p><i>“Gostava de poder falar dos comportamentos, (...)” (EE2)</i></p> |
| | | <p><i>“É sempre bom descobrir cada vez mais, para mim gostava de saber como eles fazem para eles acalmarem os filhos.” (EE4)</i></p> |
| | | <p><i>“Quero saber (...), como eles fazem com os meninos deles.” (EE5)</i></p> |
| | | <p><i>“Gostava de falar sobre maneiras de trabalharmos com os nossos filhos (...)” (EE6)</i></p> |
| | | <p><i>“Tudo o que tenha haver sobre estratégias para trabalhar com a minha filha.” (EE7)</i></p> |
| | | <p><i>“Como eles lidam com os problemas da escola (...)” (EE8)</i></p> |
| | | <p><i>“Um dos assuntos que gostaria de abordar (...) eram estratégias para ajudar o meu filho a controlar o comportamento dele.” (EE9)</i></p> |
| | | <p><i>“Era, era ver como eles lidam com as crianças, porque nós estamos sempre a aprender.” (EE10)</i></p> |
| | | <p><i>“Estratégias para ele se melhorar melhor e ouvir outros pais a falarem sobre os filhos.” (EE11)</i></p> |
| | | <p><i>“Dentro dos meus conhecimentos acho que era bom passar algumas estratégias que resultaram com o E. Só assim é que se pode levar estas crianças, a bater não dá.” (EE12)</i></p> |
| | | <p><i>“Muitas coisas o facto do comportamento, da ansiedade deles se é igual se não é igual, como é.” (EE13)</i></p> |
| | | <p><i>“Como eles trabalham com os seus filhos.” (EE14)</i></p> |
| | | <p><i>“O mais importante era falar dos castigos, como lidar com os filhos quando fazem asneiras.” (EE15)</i></p> |
| | | <p><i>“Maneiras de trabalhar com o meu menino, contar experiência deles, aprender mais sobre a doença do meu filhote.” (EE16)</i></p> |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <p>Assuntos, que gostaria de poder abordar com outros Pais/Famílias</p> | <p>Terapêutica médica</p> | <p>“Gostava de poder falar (...), da medicação, porque não sei se é boa ou não.” (EE2)</p> |
| | | <p>“Precisava de falar sobre os remédios (...).” (EE3)</p> |
| | | <p>“Há também uma coisa que me tem deixado curiosa, é sobre a medicação, mas não sei muito bem se é bom.” (EE7)</p> |
| | | <p>“ (...) gostava de saber a opinião deles sobre os comprimidos.” (EE8)</p> |
| | | <p>“Um dos assuntos que gostaria de abordar era o efeito dos medicamentos, se faz bem ou não.” (EE9)</p> |
| | | <p>“Tem –se falado muito dos comprimidos e não sei bem se fazem mal, queria saber isso (...).” (EE17)</p> |
| | <p>Apoios e serviços disponíveis</p> | <p>“Gostava de ver que apoios conseguiram na escola, no hospital e como fazem para lidar com os comportamentos deles.” (EE1)</p> |
| | | <p>“(…) gostava também de saber que apoio é que têm na escola e como eu posso fazer para ele tirar boas notas.” (EE2)</p> |
| | | <p>“ (...) na escola dizem que ela precisa de muito apoio e se calhar de ir à psicóloga.” (EE3)</p> |
| | | <p>“Não sei como posso fazer para ter mais ajuda dos professores.” (EE5)</p> |
| | | <p>“Gostava de falar sobre (...) que apoios eles têm no hospital e na escola.” (EE6)</p> |
| | | <p>“ (...) que tipo de ajudas têm da escola e do hospital.” (EE8)</p> |
| | <p>Mais informação sobre a PHDA</p> | <p>“Quero saber mais sobre esta problemática, (...).” (EE5)</p> |
| | | <p>“ (...) queria saber (...) mais sobre a hiperatividade.” (EE17)</p> |

Anexo 4

Sugestão de Formação Parental

Projeto: “Sensibilizar para Educar”

Breve Descrição

Após verificarmos a pertinência da formação e face ao exposto ao longo da nossa investigação, de acordo com os objetivos atingidos definiram-se linhas orientadoras e considerámos importante construir uma proposta de programa de formação parental para podermos ir ao encontro das necessidades dos encarregados de educação que participaram neste estudo.

Consideramos que os pais têm um papel muito importante, pois crianças com esta perturbação exigem a modificação do funcionamento familiar de forma a poderem responder às suas necessidades de acompanhamento, que são muito particulares. Devemos realçar, que este tipo de programas para ter sucesso é necessário que a comunicação entre as famílias e a escola seja fortalecida. Na nossa opinião, a comunicação, o diálogo entre escola e família é o fundamental para a existência de outras formas de envolvimento parental na escola. Quando o diálogo entre a escola e a família se realiza de uma forma eficaz, existem mais probabilidades de criar uma relação de confiança e um clima de cooperação entre todos os intervenientes no processo educativo.

Acreditamos que só com diálogo e articulação, numa lógica de trabalho em equipa, entre todos os intervenientes, que intervêm direta ou indiretamente, com esta criança, poderemos ajudá-la a melhor compreender e lidar com o problema, bem como a adaptar-se aos mais diversos contextos. Uma realidade que só é possível, tal como referimos anteriormente, com o envolvimento da família.

Com este envolvimento pretendemos, sobretudo, que os pais desenvolvam interações de qualidade. Em nosso entender, mais importante do que saber se os pais passam cinco minutos ou cinco horas com os seus filhos é perceber se esse tempo permite desenvolver relações de qualidade. Uma qualidade que permita potenciar os comportamentos adequados e tornar mais eficazes as intervenções desenvolvidas na sala de aula.

A elaboração desta proposta de formação para um grupo de pais seguiu os dados obtidos através da análise qualitativa das entrevistas e com o apoio da revisão da literatura (Barkley *et al.*, 2008, pp. 476-485).

Linhas orientadoras para a Intervenção:

- Clarificação sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção;
- Relacionamentos entre Encarregados de Educação e respetivos educandos;
- Promover a atenção positiva;
- Dar a conhecer estratégias para realizar a modificação de comportamentos;
- Implementar estratégias de modificação comportamental em casa;
- Aumentar o conhecimento dos encarregados de educação sobre questões relevantes, nomeadamente apoios e serviços disponíveis.

Objetivos Gerais da Intervenção:

- Desenvolver e reforçar competências parentais que permitam um melhor desempenho das funções educativas;
- Criar espaços de diálogo e partilha de experiências que reforcem e estimulem o papel dos pais/famílias;
- Garantir apoio, suporte, orientação e informação relacionada com a família;
- Possibilitar um espaço de diálogo e reflexão sobre a PHDA e seus efeitos, bem como comportamentos associados;
- Promover um maior envolvimento de toda a Comunidade Educativa no trabalho de intervenção.

Objetivos Específicos da Intervenção:

- Identificar as causas do comportamento de oposição / desafio;
- Melhorar o direcionamento da atenção dos pais;
- Usar a atenção positiva para cumprir ordens e para realizar brincadeira(s) de forma independente;
- Ser Assertivo
- Criar um contrato de comportamento;
- Aplicar um *Contrato de Comportamento*;
- Gerir o comportamento dos filhos em locais públicos;
- Construir um Diário de Comportamento;
- Gerir o comportamento futuro.

Sessão 1

Num primeiro momento devem ser descritos os objetivos deste programa e deve ser realizada a apresentação de todos os participantes.

Na primeira sessão, devemos fornecer um panorama sucinto da natureza, desenvolvimento, prognóstico e etiologia da PHDA. Dão-se materiais adicionais para leitura.

Poderemos recorrer a filmes, vídeos, folhetos que apresentem uma visão geral desta perturbação. Estes materiais podem ser emprestados aos pais/encarregados de educação para reverem em casa e compartilharem com amigos, familiares ou professores, conforme necessário.

Esta sessão é essencial na formação dos pais/encarregados de educação para esclarecer uma série de erros/confusões que muitas vezes os pais têm sobre a PHDA.

Estudos sugerem que estas informações, resultam na melhoria do conhecimento dos pais sobre PHDA, mas também numa melhor compreensão do grau de desvio comportamental da criança e das suas dificuldades (Anastopoulos et al., 1993; Sonuga-Barke, Daley; Thompson, Laver-Bradbury e Weeks, 2001; Weindberg, 1999 in Barkley e Colaboradores, 2008, pp. 469-470)

Atividade Prática

- Jogo de apresentação:

- **“Eu sou o outro”**: O dinamizador começa por dividir o grupo em duplas (preferencialmente em duplas que não sejam tão chegados). De seguida pede que conversem a respeito de si, dos seus gostos, dos seus desejos, da sua família, da sua casa, etc. Depois de alguns minutos reúnem-se todos e cada um vai apresentar-se, mas dizendo as coisas do outro como se fosse o próprio (Exemplo: apresentando o "xico" = Eu me chamo "xico" e gosto de passear, etc.).

Nota: Para fazer a apresentação, pedir aos encarregados de educação que façam troca de peças de vestuário, adereços, imitem vozes etc... que incorporem e dramatizem verdadeiramente a personagem e do outro

Sessão 2

Começa-se a sessão fazendo uma breve revisão, com os pais/encarregados de educação, sobre os factos apresentados na sessão anterior.

Iniciamos para as diversas combinações que podem contribuir para o desenvolvimento/manutenção do comportamento provocador em crianças.

Basicamente, quatro grandes contributos são discutidos, a saber:

1. Características da criança;
2. Características dos Pais/Família;
3. Impacto do comportamento da criança;
4. Efeito/consequência do comportamento parental;

O comportamento de oposição da criança é uma fuga/evitamento aprendido para EVITAR a interação negativa com os pais e as tarefas que eles lhes dão (estamos perante o reforço negativo por parte dos pais).

O valor do elogio verbal e o reforço social para crianças com PHDA ou com comportamentos de oposição pode ser bastante reduzido, tornando-o fraco como reforço para o cumprimento de ordens e instruções.

Os Pais devem ser aconselhados a refletirem sobre o “poder da atenção positiva nos relacionamentos humanos.” (Barkley *et al.*, 2008, p. 476)

Atividade Prática

Dinâmica: “Indiferença”



O dinamizador deve distribuir uma folha de papel a cada participante e uma caixa de lápis de cera e/ou lápis de cor e/ou marcadores.

De seguida manda cada um fazer um desenho, escolher o tema (neste caso a sua família). Atribuimos o tempo de quinze minutos para a realização da atividade.

Dizemos para todos darem o melhor de si. Devem fazer o melhor desenho que conseguirem superando-se a si mesmo. No fim dos quinze minutos, o dinamizador manda cada um amassar e deitar fora o seu desenho.

OBSERVAÇÃO: Provavelmente todos vão ficar surpreendidos, incapazes de aceitar o pedido do dinamizador.

O dinamizador deve dizer: “Mas não é isto que fazemos quando não damos atenção devida ao nossos alunos? Aos nossos colegas? Aos nossos filhos quando nos tentam mostrar algo e ficamos indiferentes?”

Retirado e adaptado de:

<http://pt.scribd.com/doc/2919102/dinamicas-grupo>

Sessão 4

Nesta sessão, os pais/encarregados de educação devem ser sensibilizados sobre as formas mais eficazes de lidar com o comportamento da criança, a fim de aumentar o valor da atenção dada aos seus filhos.

Os pais são aconselhados a ignorar comportamentos inadequados, mas a aumentar a sua atenção para os comportamentos sociais e mais aceitáveis perante a sociedade (podem utilizar o seguinte método: narração verbal do comportamento, seguida de declarações positivas sobre a criança).

Tal como na primeira sessão, pretende-se corrigir eventuais equívocos que os pais tenham sobre comportamentos de oposição e de desafio (ou seja, que é sobretudo para chamar a atenção). Nesta sessão podem ser usados vídeos e folhetos sobre a natureza do comportamento de oposição e de desafio.

Os pais/encarregados de educação são aconselhados a usarem métodos eficazes para dar ordens, e reduzir/eliminar estilos pouco eficazes de o fazerem (por exemplo, a pergunta-instrução: "Porque não apanhas os teus brinquedos agora?"), aumentando o uso do imperativo (por exemplo: "apanha os teus brinquedos agora"), eliminando atividades que concorram com a fixação na tarefa (por exemplo, a televisão), reduzindo a complexidade da tarefa, etc.

Eles são então estimulados a começar a usar um estilo mais eficaz de comando, a dar reforços positivos imediatos, bem como a recompensa humana no cumprimento das instruções/ordens dadas à criança.

Os pais são convidados a aumentar a frequência com que dão ordens simples/breves ao seu filho na semana seguinte, e a reforçar cada ordem obedecida. A investigação sugere que essas ordens breves são mais propensas a serem obedecidas, proporcionando excelentes oportunidades de treino para os pais.

Nesta sessão, os pais também são orientados para prestar mais atenção positiva (mais frequentemente e sistematicamente) quando os seus filhos estão envolvidos em atividades não disruptivas, enquanto os pais estão ocupados com alguma outra atividade.

Dinâmica: "Rosa"



Objetivo: despertar a atitude “positiva” que devemos preservar

Materiais: uma flor (rosa) natural

Procedimento: fazer um círculo, e cada integrante retira uma pétala da rosa, ao final só sobrar a apenas o talo da flor. O dinamizador deve questionar:

- “O que aconteceu?;
- Será que podemos consertar o que fizemos?”

Esta dinâmica deve ser trabalhada para reforçar a necessidade de um envolvimento parental com qualidade, bem como promover a reflexão sobre as nossas práticas enquanto responsáveis pelo processo de desenvolvimento de cada criança.

Retirado e adaptado de:

<http://pt.scribd.com/doc/2919102/dinamicas-grupo>

Sessão 5

As crianças com PHDA podem precisar de consequências mais frequentes, imediatas, e marcantes para modificar/manter o comportamento adequado.

Será útil elaborar um contrato de comportamento para lidar com essas dificuldades com a motivação intrínseca, dado que o uso desta técnica de gestão do comportamento pode trazer consequências mais marcantes, mais imediatas, e mais frequentemente, com a vantagem de não se esgotarem os reforços disponíveis (como aconteceria se fosse dado um reforço isolado a cada comportamento).

Para instituir este programa, faz-se uma lista com os pais das crianças, onde constam as responsabilidades e privilégios (reforços) e, em seguida, atribuem-se valores e/ou atitudes a modificar e recompensa para cada um.

Os pais são incentivados a ter pelo menos um "menu" de 12 a 15 reforços de modo a manter o potencial motivador do sistema de economia de fichas.

Durante a primeira semana, os pais não devem “retirar prémios” à criança pelo comportamento desadequado. Devem antes premiar o bom comportamento.

Os pais são convidados a serem liberais (e generosos) em dar recompensas pelo comportamento adequado (desde que se traduza no cumprimento, logo a seguir à primeira vez que é dada a ordem/instrução).

Os pais são instruídos para recompensas extra pela boa atitude durante o dia (por exemplo, quando não há protestos, a execução do que é proposto é rápida, etc.).

Neste caso, devem explicitamente informar de que as recompensas extra são pela boa atitude (especificando). Os pais são convidados a usar este sistema (só com reforços positivos) durante duas semanas.

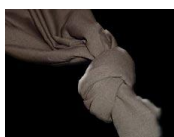
Posteriormente, vai introduzir-se o custo de resposta, ou seja a criança irá perder recompensas, ou irá ganhar menos quando apresentar os comportamentos desajustados.

Relembrar os Encarregados de Educação que os pequenos gestos contam.

Nota: Ter certeza que a criança ouve e percebe o que lhe é solicitado. As ordens/pedidos devem ser simples, breves de modo à criança realizar uma fácil percepção.

Atividade Prática

O nó do lençol



Numa reunião de pais numa escola, a professora ressaltava o apoio que os pais devem dar aos filhos e pedia-lhes que se mostrassem presentes, o máximo possível...

Considerava que, embora a maioria dos pais e mães trabalhasse fora, deveriam arranjar tempo para se dedicar às crianças.

Mas a professora ficou surpreendida quando um pai se levantou e explicou, humildemente, que não tinha tempo de falar com o filho nem de vê-lo durante a semana, porque quando ele saía para trabalhar era muito cedo e o filho ainda estava a dormir e quando regressava do trabalho era muito tarde e o filho já dormia.

Explicou, ainda, que tinha de trabalhar tanto para garantir o sustento da família, mas também contou que isso o deixava angustiado por não ter tempo para o filho e que tentava compensá-lo indo beijá-lo todas as noites quando chegava em casa.

Mas, para que o filho soubesse da sua presença, ele dava um nó na ponta do lençol que o cobria. Isso acontecia religiosamente todas as noites quando ia beijá-lo.

Quando o filho acordava e via o nó, sabia logo, que o pai tinha estado ali e o tinha beijado.

O nó era o meio de comunicação entre eles.

A professora emocionou-se com aquela história e ficou surpreendida quando constatou que o filho desse pai era um dos melhores alunos da escola.

Este facto, faz-nos refletir sobre as muitas maneiras de as pessoas se mostrarem presentes, e de comunicarem com os outros.

Aquele pai encontrou a sua, que era simples mas eficiente.

E o mais importante é que o filho percebia, através do nó, o que o pai estava a dizer.

Simple gestos, como um beijo e um nó na ponta do lençol, valiam, para aquele filho, muito mais do que presentes ou a presença indiferente de outros pais.

É por essa razão que um beijo cura a dor de cabeça, o arranhão no joelho, ou o medo do escuro...

É importante que nos preocupemos com os outros, mas é também importante que os outros o saibam e que o sintam.

As pessoas podem não entender o significado de muitas palavras, mas sabem reconhecer um gesto de amor.

Mesmo que esse gesto seja apenas e só, um nó num lençol...

Em nosso entender, mais importante do que saber se os pais passam cinco minutos ou cinco horas com os seus filhos é perceber se esse tempo permite desenvolver relações de qualidade. Uma qualidade que permita potenciar os comportamentos adequados e tornar mais eficazes as intervenções desenvolvidas na sala de aula.

Retirado de:

<http://mamisepapis.blogspot.com/2011/02/o-no-do-lencol.html>

Adaptado por: Nelson Santos

Sessão 6

Começaremos a sessão por fazer uma análise ao contrato que foi estabelecido. Pretende-se avaliar e sugerir, se necessário, novas estratégias para a efetiva modificação de comportamentos das crianças.

Nesta Sessão pretendemos ainda promover a colaboração entre pais e professores na gestão do comportamento das crianças. Será utilizado o Contrato de Comportamento em parceria. Família e Escola devem partilhar o “Diário” de modo a gerir os comportamentos em diversos contextos.

Nota: Serão convidados os professores, monitores de ATL e assistentes operacionais a participarem nesta sessão

Sessão 7

Esta sessão deverá ser para rever os conteúdos de todas as sessões, discutir problemas que ainda permaneçam e abordar algumas estratégias de forma a lembrar que a “atenção positiva” é a melhor estratégia para a efetiva modificação de comportamentos das crianças.

Atividade Prática

- O dinamizador inicia a dizer que na vida as pessoas, normalmente, observam os defeitos em vez das qualidades dos outros. Nesse momento cada um terá a oportunidade de realçar uma qualidade de outra pessoa.

- O dinamizador cola uma folha branca nas costas de metade do grupo; a outra metade fica com uma caneta na mão e só pode escrever nas costas do colega as suas qualidades (nada de defeitos). Ao som da música todos circulam pela sala, quando esta para, os participantes que têm o papel nas costas dirigem-se à parede (e colocam-se na posição do jogo das escondidas – fechar os olhos e tapar a cara); os restantes escrevem, nas costas dos outros uma palavra “bonita” dirigida aos outros participantes. Depois trocam de papéis. A música pode parar 3x por cada grupo e todos têm que escrever uma qualidade.

Nota: Depois propomos que levem para casa e se quiserem colar na porta do quarto, no armário, no frigorífico e quando estiverem tristes, desanimados e pensar que são os piores do mundo... lembrem-se que há alguém que lhes quer bem!

Considerações finais

Devemos realizar durante as sessões:

“Treino da comunicação”: ajudar os pais e adolescentes a desenvolver competências para uma comunicação mais eficaz entre pais e filhos, sobretudo na situação de conflito familiar, como falar mantendo um tom de voz assertivo, parafrasear as preocupações dos outros antes de falar das do próprio, reforçar atitudes positivas na comunicação e evitar insultos, "deitar abaixo", ultimatos, e outros comportamentos reveladores de má comunicação.

Reestruturação cognitiva: ajudar famílias a detetar, enfrentar, e a reestruturar crenças irracionais, extremas, ou rígidas sobre os próprios ou dos outros.

Estas competências são praticadas com o dinamizador durante as sessões usando instrução direta, modelagem, ensaio comportamental, *role-playing* e *feedback*. São dados “trabalhos de casa” à família para treinar em casa.

As famílias devem ser acompanhadas constantemente, pois os conflitos podem aumentar durante os primeiros tempos de intervenção, até porque podem ser abordados assuntos mal resolvidos e que geram conflitos familiares.

Ter presente que a PHDA afeta todos os membros da família. Isto acontece porque:

- Não é raro que um dos pais ou irmão também tenha o mesmo diagnóstico;
- Lidar diariamente com uma criança com PHDA exige atenção constante dos pais. Devemos estar atentos e se necessário intervir no *stress* familiar.
- Ter presente que pode ser necessário intervir diretamente sobre outros membros da família.