



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA, GESTÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Ciências da Educação
Especialização em Educação Especial
Domínio Cognitivo e Motor

**Identificação dos comportamentos de alunos com Perturbação
de Hiperatividade e Défice de Atenção: Perceção dos
Professores**

Orientadores:

Professora Doutora Sofia Campos

Professora Doutora Rosa Martins

Teresa Maria Afonso de Matos

Viseu, 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA, GESTÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Ciências da Educação

Especialização em Educação Especial

Domínio Cognitivo e Motor

**Identificação dos comportamentos de alunos com Perturbação
de Hiperatividade e Défice de Atenção: Perceção dos
Professores**

Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de
Mestre em Ciências da Educação - Especialização em
Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor sob
orientação da Professora Doutora Sofia Campos e
Professora Doutora Rosa Martins

Teresa Maria Afonso de Matos

Viseu, 2013

Agradecimentos

Agradeço à minha família

Aos professores que participaram neste estudo

Às minhas orientadoras, Doutora Rosa Martins e Doutora Sofia Campos

A todos os que me acompanharam e apoiaram nos bons e maus momentos

RESUMO

Introdução: A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é a perturbação infantil mais diagnosticada e a que mais desafios coloca às escolas e aos professores; contudo, o conhecimento destes sobre a hiperatividade tem mostrado não ser suficiente para responder às diferentes necessidades educativas.

Objetivo: Conhecer as perceções dos professores do 1ºciclo do ensino regular sobre a identificação de comportamentos de alunos com PHDA e verificar se esta identificação coincide com a descrita no DSM-IV-TR.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, de natureza fenomenológica. O período de recolha de informação decorreu entre Abril e Maio de 2012, através de entrevista semiestruturada, tendo os 10 participantes sido selecionados de forma intencional, procurando nos seus relatos a saturação da informação.

Resultados: Os dados mostram que os comportamentos identificados correspondem maioritariamente aos indicados na literatura científica, essencialmente no que se refere aos sintomas nucleares da PHDA, à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade. Contudo, não são suficientes, pois revelam algumas lacunas, sobretudo ao nível do diagnóstico, do tratamento e das estratégias de intervenção.

Conclusão: Perante tais evidências, torna-se claro que, os professores necessitam de conhecimentos para avaliar comportamentos que causam maior perturbação em contexto escolar e que são a desatenção e a hiperatividade, refletindo-se estas tanto ao nível das aprendizagens e desempenho académico, como nas relações interpessoais, com implicações importantes na vida futura destas crianças.

Palavras-chave: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Escola; Inclusão; Professor; Perceção.

ABSTRACT

Introduction: The Attention Deficit and the Hyperactivity Disruption (ADHD) is the most diagnosed childhood perturbation and the one which is most challenging for schools and teachers. However, the teachers' knowledge about hyperactivity has been considered insufficient to answer the different educational needs.

Aim: To know the primary school teachers' perceptions about the behaviours of students with ADHD and to check out whether the behaviours are coincident with the defined characteristics in DSM-IV-TR.

Methodology: This is a transversal qualitative study of phenomenological nature. The picking out information period took place between April and May 2012, through semi-structured interviews with 10 participants that were intentionally selected. This study looked for the saturation of information in the reports.

Results: The results have shown that the identified behaviours match with the ones indicated in the scientific literature, regarding the ADHD symptoms, the absence of mind, the hyperactivity and the impulsivity. Nevertheless, the results aren't enough, because they reveal some deficiency in terms of diagnosis, treatment and intervention strategies.

Conclusion: This evidence has shown that the behaviours which cause more perturbations in school context are lack of attention and hyperactivity, with consequences in the academic performance and personal relationships of the children, and resulting in obvious future implications for their lives.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity, Disorder, Teacher, Perception
Inclusion

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 9 |
| Parte I – Enquadramento Teórico..... | 13 |
| 1- Educação Especial: Perspetiva Histórico Legal..... | 13 |
| 1.1 - O Enquadramento Legal em Portugal | 16 |
| 2 – PHDA: Evolução e conceitos..... | 22 |
| 2.1 – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – Sintomatologia | 26 |
| 2.2 - Critérios de Diagnóstico para PHDA..... | 29 |
| 2.3 - Etiologia – PHDA | 31 |
| 2.4 - Prevalência da PHDA..... | 33 |
| 2.5 - Diagnóstico e Avaliação da PHDA..... | 35 |
| 2.6 - Intervenção Terapêutica | 37 |
| 2.7 – Neurofeedback e PHDA..... | 40 |
| 3 - Implicações de Ordem Social e Educacional da PHDA..... | 42 |
| 3.1 - Relações Sociais | 42 |
| 3.2 - Rendimento Escolar | 43 |
| 3.3 - O Ambiente Escolar e o Papel do Professor..... | 45 |
| 3.4 - Estratégias de Intervenção em Contexto Educativo..... | 47 |
| 4 - Na Transição da Educação Pré - Escolar para o 1.º Ciclo do Ensino Básico..... | 51 |
| 4.1- Crianças Pré-Escolares com PHDA..... | 52 |
| 4.2 - Crianças com PHDA em Idade Escolar..... | 53 |
| 4.3 - PHDA na Adolescência..... | 54 |
| 4.4 - PHDA na Vida Adulta | 55 |
| 5 – Estado de arte sobre as Perceções dos Professores acerca da PHDA | 57 |
| PARTE II | 64 |
| METODOLOGIA | 64 |
| 6 – METODOLOGIA | 65 |
| 6.1- Procedimentos e Instrumentos de Recolha de Dados | 66 |
| 6.2- Participantes na Pesquisa | 67 |
| 6.3- Procedimentos | 69 |
| 7- Apresentação, Análise de Dados e Discussão de Resultados..... | 71 |
| Discussão dos Resultados | 89 |
| Conclusão..... | 98 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| Referências Bibliográficas | 102 |
| Anexos | 107 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Caracterização dos Participantes – Distribuição por Idade e Sexo... | 68 |
| Tabela 2 - Caracterização dos Participantes – Estado Civil e Nº de Filhos..... | 68 |
| Tabela 3 - Caracterização dos Participantes – Formação Académica..... | 69 |
| Tabela 4 - Caracterização dos Participantes – Tempo de Serviço..... | 69 |
| Tabela 5 - Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola? | 71 |
| Tabela 6 - Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA – Desatenção | 73 |
| Tabela 7 - Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA – Hiperatividade | 74 |
| Tabela 8 - Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA – Impulsividade. | 76 |
| Tabela 9 – Dos comportamentos que apresentamos diga quais os que causam mais perturbação em contexto escolar | 78 |
| Tabela 10 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno | 80 |
| Tabela 11 - Em que medida considera importante o diagnóstico | 81 |
| Tabela 12 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos | 84 |
| Tabela 13 – Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares | 86 |
| Tabela 14 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos... | 88 |

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é segundo a literatura temática, a perturbação infantil mais diagnosticada e a que mais desafios colocam às escolas e aos professores, apesar das múltiplas controvérsias surgidas quanto à explicação da perturbação.

Segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria-APA-2002), a PHDA apresenta como característica essencial um padrão persistente de desatenção e /ou impulsividade - hiperatividade, com uma intensidade superior ao observado nos sujeitos em nível equivalente de desenvolvimento.

A sua etiologia ainda não está bem determinada, uma vez que ainda não existem dados concludentes, não obstante os estudos referem a existência de fatores neurológicos, genéticos e ambientais, que contribuem substancialmente para os sintomas da PHDA e para a ocorrência da própria perturbação (Barkley,2006). São normalmente apontados diversos factores, pelo facto de não existirem provas que demonstrem que qualquer um, por si só, seja responsável pela patologia.

Como todos sabemos, a aquisição de determinadas capacidades como a regulação das atividades, o controlo dos impulsos e o aumento dos tempos de concentração e atenção, fazem parte do processo normal de desenvolvimento de qualquer criança (Boavida e Cordinhã, 2008).

As crianças hiperativas caracterizam-se pelos seus comportamentos irrequietos, desatentos, impulsivos e mesmo agressivos. Estes comportamentos podem ser percecionados em vários contextos, no entanto é sobretudo na escola que encontramos um número elevado de crianças com estas características. De facto não conseguem estar sentadas, levantando-se constantemente do seu lugar, apresentam dificuldades em prestar atenção ou escutar o que se lhes diz, em concluir tarefas, desligando completamente interferindo, por vezes com os seus pares e até mesmo com os adultos.

Situações destas levam frequentemente o professor a suspeitar que está perante um caso de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), porém há por vezes confusão em relação ao conceito de hiperatividade, sendo apontados comportamentos que fogem ao padrão do

esperado, em relação ao aluno bem comportado, participativo e com bom rendimento escolar.

Como se pode depreender, estes alunos revelam uma grande desadaptação escolar, no entanto trata-se de crianças que em regra têm uma inteligência normal, por vezes mesmo superior à média, mas que manifestam alterações comportamentais ou de aprendizagem, em grau variável (Fonseca, 1998).

A bibliografia refere que as dificuldades de atenção, de autocontrolo e autorregulação, tendem a intensificar-se em situações de grupo, tornando a interação com os seus pares difícil, sobretudo em situações de brincadeira e jogos, atividades de grupo e/ou em sala de aula.

Deste modo, o impacto desta perturbação é grande tanto nas famílias como na escola, com prejuízos visíveis nas atividades académicas e sociais, e com efeitos negativos na autoestima, nas crianças e adolescentes.

Face ao quadro descrito, lidar com estas crianças constitui um desafio constante para a escola e para os professores, necessitando estes saber identificar as suas dificuldades e adequar a sua prática pedagógica às necessidades particulares destes alunos. Na verdade é imprescindível que a escola organize e promova políticas e práticas inclusivas, de modo a responder às diferentes necessidades educativas individuais.

A abordagem destas questões deverá orientar-se neste sentido, pois estas crianças merecem ter as mesmas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento que as outras. É típico desta perturbação um comportamento verdadeiramente desorientador, sobretudo em contexto de sala de aula, dado que se tratam de crianças irrequietas, impulsivas e desatentas. Muitas vezes apelidadas de “preguiçosas”, “imaturas” e “mal-educadas”, estas crianças conferem ao contexto escolar, uma dinâmica muito diferente daquilo que se espera do seu normal funcionamento. Esta situação tem origem no quadro sintomatológico que apresentam e conduz ao aparecimento de desajustes na esfera académica, do comportamento e das relações sociais, principais responsáveis pelo seu fracasso escolar.

Não raramente estes “rótulos” perturbam o ambiente escolar, o que faz com que os professores não invistam adequadamente no seu processo de ensino-aprendizagem. Com efeito, parece haver alguma dificuldade, por parte

dos professores, em perceber e identificar o comportamento do aluno hiperativo.

A literatura sobre o assunto e os vários estudos realizados neste âmbito, sugerem que os professores não têm conhecimento suficiente sobre a PHDA, verificando-se a existência de relação entre o conhecimento que possuem e a abordagem/intervenção pedagógica que adotam com estes alunos (Barkley, 2006).

Os resultados dos estudos tem demonstrado que muitos professores não têm as informações básicas sobre a PHDA, e os poucos conhecimentos sobre a perturbação (natureza, curso, resultados e causas) associados a percepções erradas acerca das terapias, manifestam-se numa intervenção com impacto pouco positivo no desenvolvimento da criança. Há mesmo quem defenda, que o diagnóstico, o acompanhamento e consequentes metodologias de intervenção junto destes alunos dependem em grande parte das percepções que os professores têm sobre a perturbação e dos conhecimentos adquiridos.

Neste sentido, importa salientar o papel do professor neste processo, já que a escola é o contexto onde as crianças passam a maior parte do dia, e no caso particular das crianças com PHDA, aquele que acarreta mais dificuldades de ajustamento.

É neste ponto e com base nos pressupostos descritos, que situamos o presente trabalho pretendendo como objectivo geral, conhecer as percepções dos professores sobre a identificação de comportamentos de alunos com PHDA, confrontando-os com os comportamentos e características definidas no manual DSM-IV-TR.

Por um lado, tentamos aprofundar os nossos conhecimentos teóricos de um distúrbio muito frequente na infância e adolescência, a perturbação de hiperatividade e défice da atenção e, por outro, conhecer as suas implicações no desenvolvimento da criança e/ou jovem, conciliando os nossos interesses pessoais, tanto teóricos como práticos, com o desenvolvimento científico acumulado na área de conhecimento em que nos situamos.

Para isso construímos este documento, cuja estrutura, se divide em duas partes: na primeira, procedemos ao enquadramento teórico que com base numa revisão da literatura, apresentamos a delimitação do conceito de PHDA, com especial relevo para a sua evolução, natureza e etiologia. Posteriormente

foram abordadas áreas de funcionamento da PHDA e os principais problemas que lhe estão associados, nomeadamente no que diz respeito ao comportamento, desempenho académico, relações sociais e implicações da PHDA no contexto escolar. Na parte final deste primeiro capítulo, evidenciamos as perceções e atitudes dos professores face à PHDA, destacando a influência que as mesmas podem ter no âmbito da PHDA em contexto escolar.

Na segunda parte, são apresentados os percursos metodológicos seguidos, os resultados obtidos e discussão dos mesmos.

Por fim apresentamos uma breve síntese conclusiva sobre os principais resultados obtidos.

Parte I – Enquadramento Teórico

1- Educação Especial: Perspetiva Histórico Legal

O termo Educação Especial, serviu durante muito tempo para definir um modelo de educação, que coexistia paralelamente com o ensino regular, destinado a um tipo de alunos, a quem era diagnosticado algum problema ou deficiência e, que eram tidos como diferentes dos outros alunos, (Jimenez,1997).

O atendimento e serviços prestados processaram - se de formas distintas ao longo dos tempos. Evoluiu de uma perspetiva assistencial e de proteção à educação, de iniciativa privada à pública e da segregação à integração.

Na primeira metade do séc. XX, acontecimentos de vária ordem fizeram surgir novos movimentos, construíram-se as bases políticas e ideológicas, que conduziram a uma profunda mudança ao nível da conceção e compreensão que se tinha dos indivíduos com necessidades educativas especiais.

Surgem opiniões diferentes sobre as políticas e medidas adotadas na educação destes indivíduos (segregação e institucionalização). A segregação educativa é entendida como indesejável e antinatural e muitas vezes se vão levantando contra a discriminação e marginalização a que estas crianças estão sujeitas.

A Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, em 1921, a Declaração dos Direitos do Homem em 1948 e a segunda Grande Guerra Mundial conduziram à mudança de filosofia da educação especial, pelo paradigma da normalização, (Lopes, 1997).

A preocupação em criar uma sociedade onde prevaleça a igualdade de oportunidades gerou os movimentos de normalização que aparecem como alternativa capaz de defender os interesses dos cidadãos numa sociedade em constante evolução.

Na década de setenta o conceito de normalização propaga-se pela Europa e América do Norte, surgem iniciativas importantes que abarcam o conceito dos direitos humanos e, que as Nações Unidas estabeleceram de prioritárias.

Destacam-se a Declaração sobre os Direitos das Pessoas com Atraso Mental, adotada pela Assembleia Geral em 1971, e a Declaração sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 1975, na qual é relevada a dignidade da pessoa como direito fundamental, do qual derivam todos os outros direitos.

Em 1976, comemorou-se o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, no âmbito de uma participação plena e Igualdade. Houve muitas iniciativas que foram um grande contributo para uma melhor compreensão das necessidades e potencialidades das pessoas com deficiência nos diferentes países.

É neste contexto que se começa a dar gradualmente a mudança dos cuidados e educação de crianças deficientes, das instituições e classes especializadas das escolas públicas, para a integração na classe regular, com suporte de modelos e apoios educativos. Estes movimentos e ideologias vêm influenciar a integração.

A filosofia de normalização é assim uma verdadeira fonte inspiradora para algumas transformações, tanto para a educação especial como para o sistema educativo em geral. Deste modo, a integração escolar aparece como consequência obrigatória para a implementação dos princípios da normalização e integração e prestação de serviços ao indivíduo que se encontra em idade escolar.

É nesta linha, que é publicado nos Estados Unidos da América a Public Law 94-142, de 1975, determina que todas as crianças com Necessidades Educativas Especiais, a partir de seis anos têm direito à educação pública gratuita que responda às suas necessidades e deve ser desenvolvida num meio menos restritivo possível.

Outro pilar determinante, surgiu em 1978, no Reino Unido, quando a Secretaria de Estado da Educação publica o relatório Warnock.

O Warnock Report vem colocar o enfoque na aprendizagem escolar de um currículo ou de um programa, propôs a abolição das categorias de deficiência e, assume o modelo educativo em detrimento do modelo médico ou médico - pedagógico. Este relatório alterou completamente a conceptualização de Necessidades Educativas Especiais (NEE), tendo sido popularizado este termo – em substituição do termo Educação Especial. O conceito NEE, refere-

se ao desfasamento entre o nível de comportamento ou realização da criança e o que se espera dela em função da sua idade cronológica.

Introduziu também a abordagem de integração (que mais tarde conduziu à Inclusão), propondo objetivos educativos comuns para todas as crianças independentemente das suas capacidades ou incapacidades

Na década de noventa decorreram algumas importantes conferências promovidas pelas Nações Unidas.

Em Junho de 1994, realizou – se uma Conferência Mundial em Espanha sobre Necessidades Educativas Especiais, em prol da Educação para todos, da qual resultou a Declaração de Salamanca, que é um documento norteado pelos princípios de Inclusão e representa um compromisso assumido por todos os países participantes, nesta Conferência.

Partindo de um problema comum, que era a educação de crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais e, com base na experiência dos diversos países, no reconhecimento e valorização da diferença, era necessário construir uma base político -pedagógica como garantia de uma escola para todos, uma educação na e para a diversidade, que contemplasse e respeitasse as diferenças e particularidades dos indivíduos.

No seu texto é assim reconhecida a necessidade e urgência de garantir a educação para todas as crianças, jovens e adultos com NEE, dentro do sistema regular de educação, a não ser que existam razões que obriguem a proceder de outro modo, (Declaração de Salamanca,1994).

Este processo vai implicar uma profunda transformação e reformulação do sistema regular de educação, das escolas regulares, capacitando-as para atender todas as crianças, independentemente das suas condições.

É neste sentido, que os princípios e orientações contidas neste documento estão relacionados com a urgência de novas conceções sobre educação de alunos com NEE, gestão escolar, formação de pessoal docente, produção de informação e pesquisa, serviços externos de apoio e áreas prioritárias de intervenção. Reclamam também uma maior disponibilidade de recursos para a construção da escola inclusiva, assim como um maior envolvimento parental e uma maior participação na comunidade e escola.

Em síntese, na Declaração de Salamanca é feito um apelo a todos os governos no sentido de adotarem o princípio da Educação Inclusiva: admitir

todas as crianças na escola regular, encontrando formas de as educar a todas com sucesso.

Posto este desafio os governos empenharam-se em legislar, estas proposições, levaram à mudança de paradigma dos vários sistemas de ensino e do próprio conceito de Necessidades Educativas Especiais. O termo NEE, sendo mais amplo é propício à intervenção escolar e faz eco das necessidades educativas permanentes ou temporárias dos alunos.

1.1 - O Enquadramento Legal em Portugal

À semelhança de toda a Europa, a Educação Especial em Portugal evoluiu também de uma perspetiva segregadora, para uma perspetiva integradora, no que respeita ao enquadramento legal fez também um percurso lento, embora por vezes pioneiro.

A primeira fase da educação especial em Portugal foi da responsabilidade da iniciativa privada, apoiada pela Assistência Social e também do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, sob a tutela do Ministério, ficaram assim criadas as bases para mais tarde funcionar uma educação especial de iniciativa governamental.

Na década de sessenta os serviços e estabelecimentos de educação especiais existentes no país eram poucos, havia falta de recursos, era então o Ministério dos Assuntos sociais quem superintendia a maioria das estruturas existentes.

Na década de 70, o ministério de educação assume progressivamente o setor de educação especial. Cria o secretariado do ensino especial com o objetivo de proceder a uma reestruturação do ensino especial, inserido na política geral de educação.

Veiga Simão, então ministro da Educação, apresentou publicamente as linhas gerais do seu projeto, que previa a expansão e modernização do sistema educativo português. Esta reforma de Veiga Simão, incorpora pela primeira vez nos objetivos da educação em geral, o atendimento educativo de crianças deficientes.

Com a lei nº5 de 25 de Junho de 1973, prevê “proporcionar às crianças deficientes e inadaptadas, bem como às precoces, condições adequadas ao desenvolvimento educativo”.

Ainda em 1973, a lei nº44/73 de 12 de Fevereiro, cria As Direcções Gerais do Ensino Básico e Secundário (DGEB) e (DGES) e a lei nº 45/73 de 12 de Março cria a divisão do ensino especial (DEE). Compete a estas divisões responsabilidades na organização de estruturas educativas para deficientes ou inadaptados, incluindo a especialização de professores.

Esta reforma vem revolucionar o contexto educativo da época, na medida em que promove a democratização do ensino, defendendo a igualdade de oportunidades, e o inalienável direito à educação, intensificando a criação de classes regulares como resposta preferencial para todas as crianças.

No início desta época existiam nas diversas escolas salas de apoio permanente para onde eram encaminhados os alunos que saíam das classes regulares às quais era ministrado o ensino individualizado.

Em 1975/76, como primeira medida de apoio as crianças com deficiência são criadas equipas de educação especial. Inicialmente o apoio foi prestado a crianças e jovens com deficiências motoras e sensoriais, só mais tarde foram integradas as crianças com deficiências mentais nas escolas regulares. Estas equipas tinham como finalidade promover a integração familiar e escolar das crianças com deficiência. O trabalho desenvolvido pelas equipas baseia-se nos diversos modelos de apoio pedagógico: salas de apoio permanente, salas de apoio temporário e apoio domiciliário. Estes modelos desenvolvem-se em regime fixo ou itinerante, e a periodicidade é variável consoante as necessidades dos alunos e dos professores das escolas regulares. O apoio educativo era centrado no próprio aluno.

Paralelamente surgem tanto a nível nacional como a nível internacional marcos decisivos que vêm influenciar as políticas e filosofia subjacentes à educação especial. Foram publicados diplomas no sentido de definir o regime escolar no que se refere a matriculas, tipo de frequência e avaliação de conhecimentos.

É publicado o decreto-lei nº174/77 de 2 de Maio que define o regime escolar dos alunos portadores de deficiência quando integrados no sistema de educação pública e, a lei nº66/79 de 4 de Outubro que define os princípios

orientadores da educação especial, consagrou expressamente como objetivo entre outros, "... a preparação para uma adequada formação profissional e integração na vida ativa por parte de jovens deficientes". Estabelecia ainda que a educação especial se processaria sempre que possível nos estabelecimentos regulares de educação e, os jovens que não pudessem prosseguir estudos em escolas regulares eram encaminhados para os centros de educação especial, entretanto criados, tal como o Instituto de Educação Especial.

Em 1977 através do decreto-lei nº346/77 de 20 de Agosto é criado o Secretariado Nacional de reabilitação, organismo há muito reclamado pelas associações de deficientes.

O despacho nº59/79 de 8 de Agosto, define critérios de admissão para o sistema regular de ensino, nomeadamente Preparatório e Secundário, dos alunos portadores de deficiências físicas ou intelectuais. Todavia o acesso continuado era dependente da apresentação de relatório médico.

Segundo Fernandes (2002), nesta fase são organizados os serviços de apoio às dificuldades de aprendizagem (SADA) e as unidades de orientação educativa (UOE) que intervinham no diagnóstico do aluno e colaboravam com a escola promovendo a intervenção pedagógica junto dos professores.

Na sequência dos princípios constitucionais definidos, é publicado o decreto-lei nº538/79 de 31 de Dezembro que determina "que o ensino fosse universal, obrigatório e gratuito abrangendo os primeiros anos de escolaridade.

No entanto o apoio educativo não previa adaptações curriculares, e o apoio era centrado essencialmente no aluno.

As crianças com incapacidade comprovada podiam ser dispensadas da matrícula, ou da frequência até ao final da escolaridade obrigatória, desde que os pais o requeressem formalmente. Através do decreto-lei nº301/84, foi retirado aos pais destas crianças o direito de se pronunciarem relativamente à dispensa dos seus filhos da escolaridade obrigatória.

Mas, é então em 1986, com a Lei de Bases do Sistema Educativo – lei nº46/86, de 14 de Outubro que se dão as profundas transformações.

Dadas as recomendações provenientes de organismos internacionais e, a evolução dos conceitos relacionados com a educação especial fizeram com que os diplomas vigentes se tornassem ultrapassados e, a legislação portuguesa sofreu, assim, um grande impulso.

No desenvolvimento do regime jurídico definido na Lei de Bases do Sistema Educativo, que consagrou a gratuidade da escolaridade obrigatória e os apoios e complementos educativos, veio o Decreto-Lei nº 35/90, de 25 de Janeiro, anular o sistema de dispensa da obrigação escolar perante a apresentação de atestado médico,” os alunos...estão sujeitos ao cumprimento da escolaridade obrigatória, não podendo ser isentos da sua frequência”

O Decreto – Lei nº 3 /87 de 3 de Janeiro, cria as Direções Regionais de Educação, que irão dar cumprimento às normas Gerais de Educação Especial.

O Decreto – Lei nº 35/88 de 4 de Fevereiro, possibilita a colocação de professores com funções de apoio a alunos com deficiência, sem qualquer obrigatoriedade de ligação às Equipas de Educação Especial.

O Decreto – Lei nº 190/91, de 17 de Maio, cria os serviços de Psicologia e orientação, que define como unidades especializadas de apoio, integrado na rede escolar, que atuam nos estabelecimento do Pré – Escola e Ensino Básico e Secundário.

Neste contexto de mudanças para além do Decreto – Lei nº35/90 surge outra grande alteração produzida pelo Decreto-Lei nº319/91, de 23 de Agosto que vem legitimar a responsabilização da escola regular na educação de crianças e jovens com necessidades educativas especiais, vem regulamentar e operacionalizar as orientações decorrentes do desenvolvimento da Lei de Bases do Sistema Educativo, estabelecendo o regime educativo dos alunos com NEE.

Correia (1999) diz – nos que este documento contém princípios altamente inovadores na legislação portuguesa, resultantes da evolução de conceitos, decorrentes de experiências de integração.

Este diploma visa mudanças radicais, quer ao nível dos conceitos resultantes das experiências de integração, quer das práticas educativas, reconhece que os problemas destes alunos devem ser entendidos numa perspetiva educativa. Assim, constatamos neste diploma a substituição da classificação em diferentes categorias de foro médico, pelo conceito de “Necessidades Educativas Especiais”, baseado em critérios pedagógicos; a responsabilização da escola regular pelos problemas dos alunos com deficiência ou com dificuldades de aprendizagem; a dar respostas adequadas a cada caso; a abertura da escola regular a alunos com NEE numa perspetiva de

“Escola para todos”; o reconhecimento da responsabilização dos pais na educação dos seus filhos; estabelece o regime educativo; estabelece a individualização da intervenção educativa através do Plano Educativo Individual (PEI) e do Programa Educativo (PE), e finalmente consagra-se o princípio de que a educação dos alunos com NEE, deve desenvolver-se no meio menos restritivo possível.

Através do despacho nº173/ME/91 de 23 de Outubro foram regulamentadas as condições e procedimentos necessários à aplicação das medidas do regime educativo especial aos alunos com NEE.

A portaria nº61/63 de 29 de Junho vem regulamentar o disposto no artigo do decreto-lei nº319/91, no que respeita a educação pré-escolar, concretamente as medidas do regime educativo especial, que se aplicam às crianças com NEE que frequentam os Jardins de Infância da Rede Pública.

A legislação referenciada está estreitamente ligada ao docente de apoio educativo, na medida em que este deve proceder à avaliação educacional da situação educativa do aluno com NEE, para que lhe seja implementada a Medida ou Medidas do Regime Educativo Especial (MREE).

É nesta linha de evolução legislativa que em 1997, o Despacho conjunto nº105/97, vem estabelecer o regime aplicável à prestação de serviços de apoio educativo às crianças com NEE; visando contribuir para a igualdade de oportunidades; promover a existência de condições nas escolas para a integração socioeducativa destas crianças e, apontou para a colocação de professores especializados.

Este despacho terá sido muito importante na promoção e consolidação da escola Inclusiva. Extinguiu as equipas de educação especial e criou as equipas de coordenação dos apoios educativos.

Atendendo ao contexto de aprendizagem e às diferenças individuais é necessário flexibilizar a organização escolar, as estratégias de ensino, a gestão do currículo e dos recursos necessários e dos existentes.

Assim, o decreto-lei nº6/2001 de 18 de Janeiro veio definir os princípios orientadores da organização e gestão curricular no ensino Básico, assim como a avaliação das aprendizagens e do processo de desenvolvimento do currículo nacional.

No seu artigo 10, garante aos alunos com NEE de carácter permanente a modalidade de educação especial definindo o conceito de NEE. É assim, através de uma articulação entre os diferentes diplomas, direcionados para a educação especial que se vai desenvolvendo uma ação eficaz.

Ainda neste contexto legislativo surge o despacho normativo nº50/2005 de 9 de Novembro, que se converte num instrumento facilitador para triagem e avaliação de alunos com necessidade de apoio educativo ou não, ao nível da educação especial. Contempla O Plano de Recuperação, Plano de Acompanhamento e Plano de Desenvolvimento.

Em 2008, o Decreto-Lei nº319/91 de 23 de Agosto é revogado pelo Decreto-Lei nº3/2008 de 7 de Janeiro, que define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos setores público, particular e cooperativo, de modo a serem criadas condições que respondam adequadamente aos alunos com NEE de carácter permanente.

Este Decreto-Lei veio definir o público-alvo da educação especial distinguindo-o do público-alvo dos apoios educativos e, propõe a aplicação da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS, para determinar a elegibilidade do aluno com NEE para os serviços da educação especial.

De acordo com o Decreto-lei nº3/2008 de 7 de janeiro, “a educação especial tem por objetivos a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional...”

Neste âmbito e segundo Correia (2008), a educação especial e a inclusão caminhando lado a lado, serão o garante dos direitos fundamentais dos alunos com NEE e das situações de aprendizagem que um dia os conduzirão a uma vida social harmoniosa, produtiva e autónoma.

2 – PHDA: Evolução e conceitos

Compreender o percurso histórico do conceito de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, ajuda a perceber a controvérsia e falta de concordância ainda existentes quanto à sua definição e prevalência. Ao longo de décadas, o conceito foi assumindo diferentes designações que, refletiram as concepções etiológicas e os aspetos essenciais da perturbação.

Barkley (2006), diz-nos que as primeiras referências à Hiperatividade na literatura não médica, parecem ter surgido em 1861, na poesia do psiquiatra alemão Heinrich Hoffman, porém, as primeiras descrições científicas devem-se a George Still (1902) e a Alfred Tredgold (1908).

Em 1902 Still, apresentou a primeira caracterização do distúrbio hipercinético, ao descrever um grupo de crianças cujos sintomas predominantes eram as dificuldades em manterem a atenção, os comportamentos irrequietos, as explosões violentas e a indisciplina (Lopes, 2003; Barkley, 2006).

Still, constatou que, os comportamentos se verificavam mais nos indivíduos do sexo masculino, tinham origem orgânica, podendo ser atribuída a uma deficiência biológica, provavelmente hereditária ou resultante de lesões pré ou pós - natais (Lopes, 2003; Barkley, 2006). Observou também, que essas crianças apresentavam uma “deficiência de controlo moral” no seu comportamento, baixos níveis de “inibição” volitiva e de atenção, agressividade, hiperatividade, tendo alguns problemas associados, como a desonestidade, a desobediência, e problemas de aprendizagem escolar (Lopes, 2003; Barkley, 2006).

Foi também defendida por Tredgold (1908), que mais tarde lhe atribuiu a designação de “lesão cerebral mínima”, (Barkley, 2006).

Esta teoria foi também reforçada com um surto de encefalite epidémica na Europa e nos Estados Unidos (1917-1918), nos finais da primeira grande Guerra. Constatou – se que crianças que haviam sobrevivido à infeção cerebral e já recuperadas, apresentavam significativas sequelas cognitivas e comportamentais (Lopes, 2003). Manifestavam comportamentos similares aos que incluem atualmente a categoria da Perturbação da Hiperatividade e a designação utilizada, segundo os autores, era a de distúrbio comportamental

pós – encefalítico, que seria resultado de uma lesão cerebral (Lopes, 2003; Barkley 2006).

Nas décadas seguintes manteve – se a tendência a associar o conceito de hiperatividade a uma base orgânica, traduzindo – se em diferentes expressões: impulsividade orgânica, lesão cerebral mínima, excitação e mais tarde em disfunção cerebral mínima.

Paralelamente e desde o início do século, surgiram no sul da Europa outras tentativas de explicação psicodinâmica da hiperatividade. Em 1914, Heuyer, atribuía este tipo de comportamento a distúrbios do carácter ou a instintos morais, Lopes (2003).

Nos Estados Unidos, entre os anos 20 e 30 nos, o movimento Guild Guidance relacionava a hiperatividade com manifestações de conflitos inconscientes, não resolvidos entre pais e crianças, especialmente com a mãe (Fonseca, 1998). Contudo, tanto as concepções psicanalistas como as organicistas foram abandonadas devido à insuficiência de dados empíricos, (Fonseca, 1998; Lopes, 2003).

Também na década de 1930, foi descoberta a ação que os medicamentos psicoestimulantes tinham na redução da inquietude da hiperatividade e, dos problemas de comportamento em crianças. Essa descoberta, veio impulsionar as teorias sobre lesões orgânicas no cérebro, consideradas responsáveis pela hiperatividade e falta de atenção em crianças que não tinham tido encefalite, diagnosticando – lhe lesão cerebral mínima.

Nas perspectivas de Lopes (2003) e de Barkley (2006), a publicação de artigos e trabalhos entre 1936 e 1941, sobre tratamento de crianças hiperativas e diversos tipos de patologias, por Bradley, Bower, Goldstein, Molitch e Eccles contribuíram grandemente para a evolução do conceito de PHDA, assim como para os distúrbios de desenvolvimento da Infância.

A administração de anfetaminas e antidepressivos resultava em melhorias notáveis, ao nível dos distúrbios comportamentais e no desempenho académico, sem prejuízo de áreas essenciais.

Lopes (2003), diz – nos que as especulações à volta do mecanismo bioquímico de atuação do metilfenidato e dos mecanismos neurológicos subjacentes aos problemas de comportamento na infância, foram um contributo no desenvolvimento do conceito de “Síndrome de Lesão Cerebral Mínima”,

iniciada com Strauss e Lehtinen (1947), que utilizam esta denominação para classificar crianças com hiperatividade, distúrbios cognitivos e problemas de adaptação social, (Antony e Ribeiro,2004).

Entretanto não foram encontradas lesões orgânicas nessas crianças inquietas e, em 1962 a hipótese de lesão cerebral é abandonada pela falta de comprovação neurológica, substituindo – se pelo conceito de Disfunção Cerebral Mínima (DCM), que foi aceite durante vários anos.

Mais tarde Kirk, (1963), refere que o conceito de disfunção cerebral mínima teria uma” morte lenta”, na medida em que era muito vago, abrangendo demasiado e não apresentava evidências neurológicas Barkley (2006).

Foram vários os autores que mostraram a sua insatisfação relativamente a esta nova designação e à medida que crescia o desagrado com o termo “disfunção cerebral mínima”, os investigadores enfatizaram o sintoma comportamental mais característico do distúrbio – a hiperatividade. Foi proposto deste modo, que se denominasse Síndrome Hiperativa da Infância, (Lopes, 2003; Barkley,2006).

Na opinião de Barkley (2006), o artigo de Chess (1960) teve um contributo histórico muito significativo na definição da PHDA, na medida em que enfatiza a atividade como um sintoma central do distúrbio, realça a importância da construção de instrumentos objetivos de avaliação, retirou a culpa aos pais pelos problemas dos filhos e por fim separou os conceitos de Síndrome de Hiperatividade e Síndrome de Lesão Cerebral.

A partir da década de sessenta regista – se assim um crescente interesse pelas manifestações comportamentais. Esta mudança de perspectiva é reconhecida no DSM-II (APA, 1968), designando-se Distúrbio Hiperactivo da Infância, onde o diagnóstico coloca a ênfase na excessiva atividade motora e problemas de atenção, não fazendo qualquer alusão à sua origem (Lopes, 2003).

Nos anos setenta, verificou-se uma mudança na conceção dos distúrbios. Os níveis exagerados de atividade são desvalorizados, deixam de ser o seu principal fundamento e, o “deficit de atenção” passa a ser o aspeto que melhor o definiria. Para tal, muito contribuíram os estudos efetuados por Douglas e Peters em 1972, que consideraram como característica fundamental

do distúrbio, os défices na manutenção da atenção e o controlo da impulsividade (Lopes, 2003).

No período decorrente entre os anos 70 e 80, fez-se muita investigação, pesquisou-se muito acerca da PHDA, tornou – se o distúrbio psiquiátrico mais estudado da infância.

Barkley (1990) salienta a importância dos trabalhos e pesquisas efetuados nos anos 70, para a definição e conceptualização atual do PHDA, não só pela ênfase dada aos “ déficits de atenção” como aspeto fundamental do distúrbio, mas pelo contributo científico ao nível da etiologia, terapêutica e avaliação do PHDA (citado por Lopes, 2003).

As pesquisas sobre as características da hiperatividade desenvolvidas nesta década, vieram confirmar o que alguns investigadores já diziam, como a existência de algumas características associadas, impulsividade, falta de atenção, distração, agressividade e pouca tolerância à frustração (Marwitt e Stonner, 1972, Safer e Allen, 1976, cit por Barkley, 2006).

No início dos anos 80, com a publicação do DSM-III (APA-1980), o termo de reação hipercinética da infância é substituído por Distúrbio do Déficit de Atenção, podendo o diagnóstico do problema ser feito com ou sem os sintomas de hiperatividade, utilizando-se três listas de sintomas: uma para deficit de atenção, uma para impulsividade e outra para hiperatividade.

Mais tarde, ficou conhecido pelo distúrbio de hiperatividade por deficit de atenção, pelo DMS-III,1987.

Na quarta edição do DSM (DSM-IV), os critérios de diagnóstico voltaram a mudar, a favor de um modelo com duas dimensões: deficit de atenção numa categoria e hiperatividade e impulsividade na outra.

De acordo com Barkley (2006) e Lopes (2003), esta década de oitenta a noventa tornou-se relevante pelas tentativas de melhorar e desenvolver critérios de diagnóstico mais específicos, pela concetualização e diagnóstico diferencial da hiperatividade relativamente a outros transtornos. Destacou-se mais tarde, também pelo facto de criticar a noção de que a incapacidade de manter a atenção constitui o principal deficit comportamental na DHDA.

Em cada revisão do DSM, o número de crianças com características da doença vem aumentando assim como a prevalência do transtorno, visto que os

novos critérios diagnóstico englobam grande parte das crianças com problemas de comportamento e problemas de aprendizagem.

Presentemente com o DSM-IV-TR (APA,2000) e depois de um período em que a ênfase era dada aos deficits de atenção, estes passam a ser considerados secundários, voltando a atividade motora excessiva, a ser o aspecto fulcral do distúrbio. Assim, apesar do ICD-10 e o DSM-IV-TR, proporem designações diferentes (Distúrbio Hipercinético e Perturbação de Hiperatividade e de Défice de Atenção) apresentam uma maior aproximação entre os critérios de diagnóstico, há mais similaridades do que diferenças (Rhode e Halpern, 2004).

Numa perspectiva atual a PHDA é denominada por Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, conceito utilizado pela Psiquiatria Americana e Europeia, sendo referida na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2002), da Academia Americana de Psiquiatria (APA).

2.1 – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – Sintomatologia

A descrição clínica de PHDA aborda um conjunto de sintomas predominantes e característicos. Porém, Barkley (2006) chama a atenção para a diferença entre o termo "sintoma", que se refere a um comportamento ou a uma classe de comportamentos e, "comprometimento" que se refere às consequências ou resultados de sintomas, já que por vezes são confundidos nas discussões clínicas.

Do ponto de vista clínico, os sintomas de hiperatividade, défice de atenção e impulsividade são considerados as características nucleares da PHDA, afetando de forma adversa o desempenho acadêmico, os relacionamentos familiar e social, o ajustamento psicossocial e, a vida laboral e profissional (Rohde e Matos, 2004).

Geralmente as crianças com PHDA já têm um historial de vida desde o pré – escolar, manifestando os sintomas pelo menos durante um largo período de tempo.

A duração e persistência dos sintomas é uma questão clinicamente relevante, para confirmar o diagnóstico de PHDA assim como a sua frequência.

Também se devem manifestar em mais de um contexto social da criança, como por exemplo a casa e a escola.

Ocorrendo num só ambiente, podem ser apenas manifestações representativas de uma situação familiar caótica ou, de uma metodologia de ensino desajustada ou, podem ainda estar associados a outros problemas da infância e adolescência (Rohde et al 2004;Rohde e Halpern, 2004).

Por estes motivos, também os autores chamam a atenção para o entendimento do significado de” sintoma”, visto que para o diagnóstico é fundamental uma avaliação criteriosa de cada sintoma e não listagem de sintomas.

É também importante conhecer a história de vida do indivíduo, não restringir o número de sintomas e ter em atenção o grau de comprometimento associado aos mesmos (Andrade, 2003).

Como se pode verificar, estão referidas as três dimensões primárias da perturbação, no entanto são referidas características secundárias, resultantes das primeiras como problemas a nível do desenvolvimento motor, problemas de linguagem, défice de auto – regulação das emoções, algum desajuste adaptativo, dificuldades na realização académica e realização de tarefas e, alguma propensão para situações de risco, como acidente (Lopes, 2003).

O quadro clínico pode variar de acordo com o estágio de desenvolvimento. Por exemplo, os sintomas de hiperatividade e impulsividade são mais frequentes e mais relatados por pais e professores de crianças do pré – escolar com PHDA, do que sintomas de desatenção que são mais referidos com o aumentar da idade (Rohde e Halpern, 2004; Andrade,2003).

A criança em idade de pré – escolar caracteriza – se por uma atividade muito intensa, daí ser necessário conhecer bem o desenvolvimento normal deste nível etário, para que o diagnóstico de PHDA seja feito cuidadosamente antes dos seis anos (Rappley e col,1999;Byrne e col,2000;Rohde e col,2000) citados por Andrade (2003).

Segundo Lopes (2003) e Barkley (2006) o constructo da atenção é multidimensional, podendo – se referir a problemas de estado de alerta, excitação, ativação, seletividade de manutenção da atenção, distração ou tempo de compreensão.

O déficit de atenção é uma característica da PHDA e as crianças com este problema apresentam elevados níveis de desatenção relativamente a outras crianças com a mesma idade.

Contudo, Douglas (1988) considera que as capacidades de processamento de informação destas crianças estão intactas, que o problema residirá nas dificuldades de auto - regulação cognitiva e comportamental (Lopes, 2003).

Os vários estudos demonstram os problemas académicos e o fraco desempenho em atividades ou tarefas, que não lhes suscitam interesse. Porém, pode acontecer que a criança ou adolescente com este déficit consiga permanecer por um bom período de tempo, sossegados e atentos, perante um programa de televisão ou computador, ser capaz de se concentrar nalguma atividade que aprecie. Isto, pode ser explicado pelo facto da atenção e o controle motor estarem também associados à motivação, desencadeada por atividades consideradas interessantes, com poucos estímulos à volta do indivíduo.

Uma explicação dada por Barkley (1998) para este tipo de “atenção seletiva” ou “desatenção seletiva” relaciona – se com a motivação e o prazer desencadeado pela tarefa (Antony e Ribeiro, 2004).

Os autores anteriormente citados, referem o déficit de atenção como o aspeto que mais interfere em contexto escolar, na medida que compromete o desempenho e rendimento académico da criança.

As crianças com hiperatividade apresentam geralmente níveis de atividade excessiva ou inadequados ao desenvolvimento, seja motora ou oral, que se manifestam pela inquietação, agitação e nervosismo, fortes movimentos corporais desnecessários, (Barkley, 2006).

A criança hiperativa é incapaz de controlar a sua atenção, impulsividade e atividade motora. Não se trata de falta de vontade, para Barkley (2006) mais uma vez se trata da dificuldade de auto – regulação e inibição comportamental, que parecem ser características da Perturbação.

A Impulsividade tal como a atenção têm uma natureza multidimensional, envolvendo os constructos do controle executivo, o adiamento de gratificações, esforço e obediência, (Milich e Kramer, 1985; Nigg, 2000, 2001), mas não é de

todo claro em que aspectos interfere na criança com PHDA, cit por Barkley (2006) e Lopes (2003).

As crianças com PHDA, respondem mais rápido e precipitadamente, cometendo mais erros do que as outras crianças perante as mesmas condições de avaliação. Têm dificuldades em esperar pela sua vez, respondem prematuramente, interrompem os outros sendo inoportunas nos comentários.

Segundo Cruz (1987), referido por Lopes (2003) as crianças impulsivas são tidas como menos sociáveis, menos competentes para lidar com os impulsos agressivos, incapazes de inibir os impulsos motores, de adiar gratificações e de resistir à tentação.

2.2 - Critérios de Diagnóstico para PHDA

Como já foi referido, os sistemas de classificação atuais utilizados em psiquiatria, a CID-10 e DSM-IV, apresentam mais semelhanças do que diferenças ao nível das orientações diagnósticas, todavia têm designações diferentes (transtorno hipercinético na CID-10 e transtorno de défice de atenção/hiperatividade no DSM-IV).

Neste ponto tomaremos como referência os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002), que estipulam um período de pelo menos seis meses de sintomatologia, que esses sintomas apresentem um desajuste relativamente ao nível de desenvolvimento e, consequências no funcionamento da criança, pelo menos em dois ambientes distintos por exemplo a casa e escola, que os sintomas que causam comprometimento se tenham desenvolvido até aos sete anos de idade e, que o comprometimento constatado não faça parte de outros transtornos mentais (esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas), Barkley (2006).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) requer para diagnóstico a presença persistente e perturbadora, de pelo menos seis sintomas numa lista de dezoito, metade relacionados com problemas de atenção e a outra metade relacionada com problemas de hiperatividade/impulsividade.

Distingue três subtipos para fins diagnósticos: Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, “ Predominantemente Desatento”

quando se observam seis ou mais comportamentos de déficit de atenção e menos de seis comportamentos de hiperatividade – impulsividade; Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, “Tipo Misto” se coexistirem seis ou mais comportamentos de ambas as categorias; Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção “Tipo Predominantemente Hiperativo – Impulsivo”, quando se observam seis ou mais destes comportamentos e menos de seis comportamentos de desatenção. (APA;2002)

Estes subtipos no diagnóstico de PHDA associados aos diferentes níveis de frequência e intensidade dos comportamentos disruptivos, conduzem a uma diversidade de comportamentos e respostas, refletindo a heterogeneidade da população hiperativa.

Deste modo, é possível algumas crianças apresentarem um maior número de sintomas de déficit de atenção e outras de hiperatividade /impulsividade.

O DA/H com predomínio da desatenção atinge com mais frequência o sexo feminino e em conjunto com o tipo combinado ou misto tem maior prejuízo ao nível académico.

O predomínio dos sintomas de hiperatividade/impulsividade reflete – se na frequência de problemas relacionais, por exemplo a rejeição dos colegas na escola. Por fim o tipo misto ou combinado apresenta dificuldades no seu funcionamento global.

Segundo Barkley (2006), os critérios diagnóstico do DSM-IV-TR (2002) são dos mais rigorosos e cientificamente já publicados na história da PHDA. Resultaram do trabalho realizado por um comité, que reuniu alguns dos mais prestigiados especialistas nesta matéria e, que incidiu numa revisão bibliográfica dos sintomas e realização de pesquisas através de escalas para despistes comportamentais relacionados com a PHDA.

Contudo, existe um ponto de concordância entre os profissionais é que o diagnóstico se deve basear numa avaliação clínica, sendo necessário um estudo detalhado do desenvolvimento do indivíduo, sobretudo no período escolar, com a participação da família, professores e outros especialistas.

2.3 - Etiologia – PHDA

Os estudos para a compreensão da etiologia da PHDA, têm progredido significativamente desde os anos noventa, para tal muito contribuíram os progressos registados ao nível da genética, neuropsicologia e neuroimagem.

Apesar das numerosas pesquisas, ainda hoje, não se conhecem as causas precisas da PHDA mas, a literatura aponta para um amplo campo, que vai desde fatores bioquímicos, neurológicos, genéticos e ambientais.

Alguns investigadores como Tannock, (1998) argumentam a existência de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento da doença (Roman et al, 2003).

Há muito tempo que os investigadores constataram que os parentes biológicos das crianças com hiperatividade tendiam a apresentar mais problemas do que os parentes de crianças sem perturbação (Lopes, 2003), verificando – se entre estes problemas casos de alcoolismo, problemas de conduta, hiperatividade e depressão.

Já nos finais dos anos oitenta residia a noção de que a PHDA teria uma forte componente biológica e hereditária e, ao longo da década de noventa os estudos realizados constataram que a hereditariedade poderia explicar as características da PHDA (Barkley, 2006).

Neste campo da genética (Smalley, 1997; Nigg e Goldsmith, 1998;Thapar e col., 1999) acreditam que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade genética ao transtorno, (cit por Roman et al,2003). O aparecimento e desenvolvimento da PHDA, parece depender de cada um destes genes, do seu contributo e da sua interação com o meio ambiente. O que é herdado será a suscetibilidade para o transtorno e não o próprio transtorno.

Os problemas familiares também são relatados por alguns autores como desencadeadores ambientais.

Assim sendo Faraone e Biederman (1998), consideram que alguns agentes psicossociais como desentendimentos familiares, transtornos mentais dos pais e outras adversidades parecem influenciar o aparecimento e a manutenção da doença, pelo menos nalgumas situações (Rohde e Halpern, 2004;Roman et al, 2003).

As complicações na gestação ou no pós - parto também têm sido associadas a uma predisposição para o transtorno. Segundo, Mick e col., (2002),o consumo de álcool e tabaco (substâncias tóxicas) pela mãe, também parecem ser fatores de risco para o PHDA (Roman et al,2003).

Para além dos efeitos do consumo de substâncias no decurso da gravidez, a presença de chumbo nas crianças muito pequenas tem sido considerado fator de risco, por parte dos investigadores. No entanto, Lopes, (2003) diz que este aspeto só é considerado se, se tratar de casos de exposição extrema.

De um modo geral, é cada vez mais aceite entre a comunidade científica que a PHDA é determinada mais por fatores endógenos, relacionados com o próprio indivíduo, do que com meio em que ele está inserido (Lopes, 2003).

Segundo Levy e col.(1998) outros fatores podem afetar processos específicos ligados ao transtorno, como por exemplo os danos cerebrais perinatais que têm repercussões nos " processos de atenção, motivação e planeamento, relacionando – se indiretamente com a doença", (cit por Roman et al,2003,p.37).

Apesar dos diversos estudos só foi possível estabelecer alguma associação com a PHDA e não uma relação direta (Rohde e Halpern, 2004).

Outros pontos de vista com base neurológico sugerem que a PHDA resulta de uma disfunção do lobo frontal mais precisamente do córtex pré – frontal. As crianças hiperativas apresentam uma menor atividade cerebral nas áreas frontais do cérebro (Barkley, 2006) mas a administração de psicoestimulantes faz aumentar a atividade cerebral, melhorando por sua vez o comportamento.

Uma outra hipótese neurológica tem a ver com um desequilíbrio neuroquímico, uma possível deficiência dos mecanismos que regulam os níveis de dopamina (os neurotransmissores) no cérebro em crianças com hiperatividade, embora estes dados careçam de maior validade (Barkley, 2006;Lopes,2003).

Ultimamente tem – se investido bastante no estudo da hereditariedade e da genética associadas à PHDA e a investigação tem – se debruçado especialmente nos genes do sistema dopaminérgico (Barkley, 2006;Rohde e Halpern, 2004).

Neste sentido as mais recentes investigações apontam a PHDA como um distúrbio neurológico determinado por fatores genéticos.

2.4 - Prevalência da PHDA

Apesar da PHDA ser muito comum no campo clínico, os dados relativos à sua prevalência são por vezes díspares, dado que é frequentemente descrita de forma não objetiva no que respeita à delimitação e aos critérios para o seu diagnóstico. Varia nos diferentes países, inclusive dentro de um mesmo país.

As diferenças encontradas nas taxas de prevalência devem – se mais a diferenças metodológicas como: o tipo de amostras, diferentes escalas de avaliação, idades diferentes das crianças, tipos diferentes de entrevista diagnóstica, delineamento, critérios de diagnóstico diferentes e uso de diferentes fontes de informação (Barbosa e Golfeto,2004; Rohde e Halpern,2004;Barkley,2006).

A principal causa das diferenças epidemiológicas estará nos critérios de diagnóstico utilizados (Graltz e col.,2001) que dependem das informações clínicas relativas ao comportamento do paciente (Barbosa e Golfeto,2003). A verificá - lo os estudos efetuados por Rohde e col., (1999b) que utilizaram o DSM-IV como critério numa amostra de 1013 adolescentes brasileiros mostraram que o resultado obtido foi de 5,8%, muito semelhante aos resultados registados noutras culturas (Barbosa e Golfeto, 2003).

Atualmente, os valores que poderão estar mais próximos da realidade estimam uma prevalência de 3% a 7% na população infantil, DSM – IV – TR (2002).

Nos anos de 2002-2003 realizou-se um estudo internacional de prevalência, no qual participou a Espanha, o México, Venezuela, Perú e Argentina, tendo-se obtido como resultado comum” una tasa de un 5% entre varones, un1% entre niñas, y un total de un 3% si combinamos niños y niñas” (Perez, 2008, p17).

Segundo o autor, estes dados são congruentes com os apresentados pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos.

Ao longo de vários estudos verificou – se que a PHDA afecta com maior frequência os rapazes do que as raparigas, numa proporção que pode variar entre 2 para 1 e os 9 para 1 (APA, 2002).

Através de análises diferenciais constatou – se que as raparigas com PHDA apresentam menores níveis de hiperactividade, desatenção e de comportamentos externalizados (agressivos ou delinquentes), no entanto manifestam mais sintomas internalizados, como ansiedade e depressão (Barkley, 2006).

Pode ser frequente, crianças hiperativas, apresentarem outras perturbações comórbidas que complicam mais o quadro clínico. É essencial a pesquisa de sintomas relacionados com as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes, visto que a sua presença complica o processo de diagnóstico, com algum impacto no prognóstico e até na intervenção. A literatura refere outros tipos de psicopatologias nomeadamente: Perturbação de Oposição, Perturbação de Comportamento, Depressão e Ansiedade e Dificuldades específicas de Aprendizagem (Lopes, 2003; Barkley, 2006).

A PHDA, é segundo Barkley, (2006) um distúrbio mental reconhecido universalmente, que se diferencia na sua essência dos demais transtornos.

No que concerne a Portugal não há dados precisos sobre a taxa de incidência na população infantil, mas pensa – se que rondará os mesmos valores dos restantes países que lhe estão próximos.

Segundo Branco e Fernandes (2004), a PHDA pode atingir de 1,7 a 18% da população, consoante os métodos de diagnóstico aplicados e, prevalências acima dos 20% têm sido referidas em crianças provenientes de meios socioeconómicos mais desfavorecidos (dados retirados da Unidade de Desenvolvimento Infantil do Serviço de Pediatria do hospital de Santa Maria, Lisboa).

Estudos efetuados pelo Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra (consultas de hiperatividade), estimam que 7% das crianças e adolescentes em idade escolar podem apresentar PHDA.

Boavida (2006) diz-nos que, se o diagnóstico assentar nos critérios comportamentais do DSM-IV e utilizados corretamente permitem identificar e distinguir com razoável facilidade as crianças que apresentam PHDA.

2.5 - Diagnóstico e Avaliação da PHDA

Um dos principais objetivos da avaliação é determinar a presença ou ausência de PHDA, bem como o diagnóstico Diferencial de outras Perturbações de Infância, que requer um vasto conhecimento clínico dos outros transtornos psiquiátricos, de modo a não serem confundidos (Barkley, 2006).

Esta perturbação e os seus sintomas também não devem ser confundidos com comportamentos característicos das crianças ativas e normais para o seu nível etário.

O segundo propósito da avaliação tem a ver com o delinear das intervenções necessárias e adequadas no tratamento dos transtornos ou perturbações, nos comprometimentos psicológicos, académicos e sociais identificados na avaliação.

Tem ainda a finalidade de determinar as condições que, por vezes coexistem com a PHDA, a forma como podem afetar as decisões relacionadas com os tratamentos e, ainda identificar o padrão das potencialidades e fraquezas psicológicas da criança, de modo a serem contempladas na planificação do tratamento.

Deste modo e segundo Lopes (2003) a criança com suspeita diagnóstica de PHDA requer uma avaliação muito cuidada, feita por uma equipa multidisciplinar, que deve compreender as seguintes etapas:

- Entrevistas com a criança/adolescente e os pais, realizada por um psicólogo, médico ou alguém com formação nesta área;
- Entrevistas com o(s) professor(es);
- Exame médico se necessário;
- Preenchimento de questionários (checklists) pelos pais e professor(es);
- Observação direta do comportamento nos contextos de vida do sujeito.

Os motivos pelos quais estas crianças se apresentam nas consultas, podem ser diversos: comportamento hiperativo ou perturbador, dificuldades de aprendizagem, desatenção, baixa autoestima e dificuldade no relacionamento (pais, professores, pares).

Cordinhã e Boavida (2008) referem que a avaliação deve incluir uma abordagem médica e comportamental, visando os três componentes da PHDA: atenção, atividade e impulsos.

Sendo fundamental conhecer detalhadamente a história do desenvolvimento da criança, o momento em que iniciaram os sintomas, a sintomatologia atual, o ambiente familiar e escolar, normas educativas, hábitos de organização entre outros e, particularmente o seu impacto funcional em termos de aprendizagem.

Devido à carência de instrumentos, ajustados às mudanças conceptuais dos últimos anos, a entrevista torna-se um instrumento imprescindível no exame psicológico, (orientada para a recolha de informação relevante e de formulação de hipóteses, acerca dos problemas comunicados), deve contudo ser completada com outros métodos.

Na opinião de Lopes (2003), as questões da entrevista diagnóstica devem ser colocadas tanto ao sujeito, como aos pais e professores, devendo-se também observar os comportamentos de todos os elementos ao longo da entrevista. Propõe esta metodologia porque considera que “os questionários atualmente existentes apresentam sérios problemas de validade e fidelidade, dando origem a um grande número de falsos negativos (...) e falsos positivos “ (Lopes, 2003, p.152).

A observação direta da criança é outra técnica que permite uma recolha de dados ao nível de condutas observáveis (quer motora quer verbal), uma vez que nem toda a informação se obtém através de testes e, para este fim podem ser seleccionados alguns comportamentos. Contudo, pode também não ser esclarecedora sobre alguns comportamentos habituais da criança, pelo facto de ser realizada em gabinete, em ambiente estruturado que pode levar a controlar os sintomas momentaneamente.

As escalas de avaliação e inventários de comportamentos são instrumentos que permitem uma informação sistemática muito útil, no entanto podem diferir nalguns aspetos, na amplitude, especificidade e até a nível de validade.

Todavia, Cordinhã e Boavida (2008) referem que os resultados obtidos, devem ser sempre interpretados no contexto de uma avaliação global da criança e, a discrepância por vezes encontrada nos questionários dos pais e

professores não pode excluir de modo algum o diagnóstico. No entanto, devem-se obter outras informações adicionais, através de outros agentes ou atividades extracurriculares, em que a criança participou ou participa.

Ramalho (2009), refere ainda como complemento da avaliação, o exame neurológico para avaliar a percepção, as respostas motoras, motricidade grossa e fina e o exame eletroencefalográfico.

Lopes (2003), diz-nos que em Portugal parece ser ainda impossível preencher todos os requisitos enunciados, porque apesar desta perturbação do desenvolvimento ser muito falada, é por vezes pouco reconhecida e a noção dos professores sobre a sintomatologia é por vezes deficitária, carecendo também de um trabalho de equipa multidisciplinar, nem sempre frequente.

Como o profissional que avalia, raramente tem a possibilidade de observar em direto, é a entrevista com os pais e/ou professores que ganha relevância.

De acordo com Rohde e col. (2003), é de salientar que o campo clínico é sempre soberano para o diagnóstico de PHDA. Atendendo aos critérios do DSM-IV ou da CID, qualquer criança que revele sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade de forma muito acentuada, em casa e na escola, deve receber o diagnóstico de PHDA, mesmo que não apresente alterações no exame neurológico, na avaliação neuropsicológica ou mesmo em exames de neuroimagem.

2.6 - Intervenção Terapêutica

É consensual, que uma intervenção precoce e atempada é recomendada dadas as consequências da perturbação e, neste campo terapêutico há que ter em conta, segundo Cordinhã e Boavida, (2008), a necessidade de reconhecer a PHDA como situação crónica e com possibilidade de persistir na vida adulta.

Devido à heterogeneidade do grupo de crianças que apresentam comportamentos hiperativos, os diferentes profissionais remetem-nos para a questão, de qual a melhor terapia para tratar esta perturbação.

Lopes (2003), refere que apesar das dificuldades e divergências quanto à etiologia e quanto à intervenção mais adequada, os estudos apontam de uma forma cada vez mais consensual três abordagens fundamentais: medicação (baseada em psicofármacos), com efeitos mais eficazes e prolongados; intervenções comportamentais, coadjuvantes da medicação (baseado em técnicas de modificação de conduta); e as intervenções cognitivo-comportamentais, que criaram grandes expectativas.

Escolher concretamente um modelo de tratamento, vai depender dos diferentes agentes ou fatores provocadores dos comportamentos hiperativos. No entanto foi – se criando algum consenso entre os profissionais, da necessidade do tratamento ser multidisciplinar.

Antunes, (2009) e Cordinhã e Boavida, (2008) referem estudos que comprovam uma eficácia superior dos tratamentos que incluíram psicofármacos, relativamente ao uso isolado de terapia comportamental. Segundo os mesmos autores, os psicostimulantes já são usados desde os anos 30, existindo uma longa investigação sobre a sua segurança e eficácia, com taxas de resposta de 70% a 80%.

Os estimulantes, nomeadamente o metilfenidato são os fármacos de primeira linha recomendados a nível internacional, são muito bem tolerados, têm níveis de eficácia, não têm efeitos sedativos e está comprovado que não têm qualquer tipo de habituação

Segundo os mesmos autores, o metilfenidato é o único psicostimulante disponível em Portugal e, talvez o medicamento com ação sobre o Sistema Nervoso das crianças, melhor estudado.

Na opinião de Boavida (2006), os estimulantes melhoram a bioquímica cerebral, permitindo às crianças melhorar os seus próprios recursos no que respeita à função executiva.

A intervenção e tratamento comportamental tem por objetivo alterar o comportamento, incidindo sobretudo no contexto situacional e ambiental, partindo do pressuposto que o comportamento hiperativo é resultado da interação entre o indivíduo em desenvolvimento e o seu ambiente físico e social. É fundamental a compreensão e aceitação do problema, estando sempre presente a noção, de que não se trata de um problema disciplinar ou vontade da criança. A criação de uma aliança terapêutica entre criança/aluno,

pais, médicos e professores é essencial no sentido de modificar exigências e atitudes, juntamente com o reforço positivo e a valorização de comportamentos adequados, são fatores facilitadores na intervenção e, tratamento da perturbação.

Como já foi referido, atualmente os profissionais consideram que intervenção deve incidir ao nível dos sintomas e, ao nível da desadaptação de cada indivíduo. A intervenção ao nível dos sintomas pode ser um primeiro passo para a resolução de outras situações, que pressupõe em muitos casos uma terapêutica farmacológica, à base de psicoestimulantes no sentido de melhorar e controlar as capacidades de atenção e diminuir a hiperatividade e impulsividade do indivíduo.

Embora a farmacologia seja efetiva para reduzir os sintomas da PHDA, os seus efeitos sobre os défices académicos e sociais são menos acentuados (Conners, 2002 cit por Barkley, 2006).

Também, para Rodrigues, (2008) no seu documento sobre «Hiperatividade e Défice de Atenção – compreender e intervir na Escola e na Família», (in CADin), a PHDA acarreta inúmeras dificuldades e a intervenção ao nível dos sintomas não promove nem desenvolve competências, que a criança necessita para o seu percurso de vida. Desta forma, diz-nos que será consensual afirmar que a intervenção na PHDA, deve ser Multimodal, ou seja uma combinação de programas de modificação cognitivo-comportamental (modificação de contextos e comportamentos) e de uma intervenção farmacológica.

Para Antunes, (2009), o tratamento global da criança com PHDA envolve a maioria das vezes a combinação de intervenções farmacológicas e comportamentais, até porque a medicação não tem significado na melhoria de patologias como a perturbação de oposição e desafio.

Barkley (2006), diz-nos que nos últimos anos, aconteceram avanços significativos ao nível da psicofarmacologia e que se desenvolveram programas promissores no sentido de facilitar a implementação de intervenções comportamentais, em ambientes escolares, dado que são os domínios de maior comprometimento na vida das crianças e jovens com PHDA, assim como se desenvolveram programas de treinos para pais e de competências sociais.

2.7 – Neurofeedback e PHDA

Ainda na linha de intervenção sobre a PHDA, os estudos efetuados nos últimos anos demonstram formas diversas de a perceber e tratar, para tal tem sido preponderante as informações obtidas através das pesquisas em genética, neuroimagem, neuropsicologia e neurofeedback, também designado por retroinformação neurológica.

O neurofeedback é um método terapêutico que não tem contra indicações, começou a ser aplicado nos últimos anos em várias patologias. As principais aplicações prendem-se com patologias cognitivas, aumento da capacidade cognitiva, performance de pico e sensação de bem-estar em sujeitos normais, depressão, estados de dor e tratamento do deficit de atenção. Tem como objetivo a autorregulação, o indivíduo aprende a controlar os processos físicos e mentais, melhorando o funcionamento do organismo, (Dias,2010) e (Silva e Takase,2011). É aplicado no tratamento de crianças com PHDA.

Segundo Amorim (2012), o cérebro funciona através de descargas elétricas (base de comunicação entre os neurónios) que podem ser ampliadas e decodificadas por aparelhos de EEG – eletroencefalograma. Através do EEG é possível identificar padrões de ondas cerebrais, como a frequência das ondas, medidas em pulsos por segundo. As que pulsam entre 16 e 21 por segundo são designadas ondas rápidas, abaixo de 8 pulsos são ondas lentas. Segundo a autora, o excesso de atividade de ondas lentas no córtex pré-frontal, é a principal característica neurológica da PHDA, por este motivo não envia os sinais necessários para que as outras áreas do cérebro, funcionem corretamente. Deste modo, dados de estudos neuropsicológicos mostraram que as crianças com PHDA revelam uma performance prejudicada em tarefas que têm a ver com as funções executivas, tais como a atenção, planeamento, perceção, julgamento e tomada de decisões e organização, além de falhas na inibição comportamental, pelo qual o córtex-pré-frontal é responsável.

De acordo com os autores referidos, o neurofeedback permite alterar o padrão de frequência de ondas cerebrais, as pesquisas mostram um aumento de frequências mais rápidas, uma melhoria nas medidas gerais de inteligência,

na capacidade de concentração, sustentação da atenção e no desempenho acadêmico.

Segundo Friel (2007), a utilização do neurofeedback como terapia primária ou auxiliar da PHDA, “ surgiu da percepção de que drogas estimulantes - como a ritalina (metilfenidato) - que aumentam a amplitude relativa do EEG pré-frontal diminuem os sintomas da desordem”, (cit Dias,2010,p.815).

Tanto a medicação como o neurofeedback são tratamentos que têm por finalidade reequilibrar as disfunções orgânicas caracterizadas pela hipofunção das áreas frontais (Amorim 2012).

Estudos referidos por Dias (2010), Sílvia e Takase (2011) e Amorim (2012) mostram que crianças em tratamento simultâneo com neurofeedback e ritalina puderam reduzir ou parar completamente a medicação após 30 sessões, apresentaram melhoras significativas relacionadas com a atenção, motivação e inibição de comportamentos. Ainda de acordo com os resultados das pesquisas, os efeitos do tratamento com neurofeedback mantém-se por longo prazo, se parar o tratamento, ao invés da ritalina, cujo efeito só tem durabilidade de 4 a 6 horas.

3 - Implicações de Ordem Social e Educacional da PHDA

As crianças com hiperatividade apresentam diversos problemas de desenvolvimento, comportamento e escolares que se vão traduzindo principalmente nas dificuldades em estabelecer relações com os seus pares e no fraco desempenho e rendimento académico. Deste modo é imperativo que escola e professores tenham conhecimento e informação sobre a perturbação, no sentido de darem uma resposta adequada a estes alunos, partindo da organização do ambiente educativo às estratégias de intervenção.

3.1 - Relações Sociais

A criança hiperativa revela habitualmente problemas de relacionamento social, perceção social, de auto - imagem, problemas de comportamento e de integração social.

Lopes (2003), refere o impacto da hiperatividade ao nível do comportamento adaptativo em contextos mais exigentes, no cumprimento de regras sociais e académicas (a escola), pois é onde a criança se vai confrontar com maiores exigências comportamentais, de auto - regulação. As atividades mais estruturadas, tornam-se mais complicadas para estas crianças na medida em que implicam mais concentração e maior esforço.

Através de estudos realizados ao longo do tempo, constatou-se que muitas destas crianças têm imensas dificuldades em iniciar e manter relações com os colegas da escola, os problemas com os colegas são uma parte importante de suas vidas, Phelan (2005).

A falta de atenção pode dificultar a falta de concentração da criança, no que é essencial em termos de interação social, assim como a impulsividade que também pode prejudicar seriamente a interação social da criança.

É referido frequentemente pelos pais, professores, e colegas que estas crianças são inoportunas, incomodam os colegas, interrompem jogos e brincadeiras, desrespeitam as regras, interrompem e falam sem autorização, sem darem atenção ao que os outros dizem.

Lopes (2003) e Phelan (2005) dizem-nos que estas perceções são confirmadas e, que estes comportamentos agressivos, imaturos e

provocatórios conduzem com frequência ao isolamento e até rejeição da criança hiperativa pelos seus pares, tendo esta de procurar crianças mais novas para brincar.

Para criar a reputação de má, a criança não precisa de muito tempo, basta exibir comportamentos agressivos. Não é preciso muito para que sejam marginalizados pelos seus colegas, o que por sua vez conduz a uma baixa autoestima, afetando muitos aspetos do seu desenvolvimento moral, afetivo, social e académico.

Segundo Lopes (2003), os problemas e dificuldades interpessoais são entendidos como o centro da problemática geral da PHDA, tornando-se preocupante na medida em que se revelam preditivos de desajustamento adaptativos, na adolescência e na vida adulta.

Essa realidade é nefasta e desencorajadora visto que, um dos mais fortes indicadores de sucesso na vida adulta são as habilidades sociais.

3.2 - Rendimento Escolar

Os diversos estudos têm comprovado que a PHDA tem um grande impacto no desenvolvimento educacional da criança.

Déficits de atenção significativos e frequentes comprometem o rendimento e as aprendizagens escolares, visto que a atenção seletiva a estímulos específicos é condição necessária para haver aprendizagens, sobretudo as escolares.

Crianças com esta perturbação revelam dificuldades em sustentar a atenção durante um determinado tempo e em selecionar a informação relevante em cada problema, de modo a estruturar e desenvolver uma tarefa.

Apresentam taxas de retenção superiores às das crianças normais e, conforme as estimativas de alguns autores mais de 80% das crianças apresentam problemas de aprendizagem e/ ou de realização escolar e mesmo de abandono escolar (Barkley, Fisher, Edelbrock (1990), citados por Lopes (2003).

A frequente sobreposição de hiperatividade com as dificuldades de aprendizagem, tem levado diversos autores a tentar explicar a natureza desta relação.

Na opinião de McGee e Share (1988) e Cantwell e Baker (1992) referidos por Lopes (2003), a perturbação é uma consequência das dificuldades de aprendizagem, de modo particular do desinteresse ou desmotivação, que o insucesso vai causando nestas crianças.

Outros, referem fatores ambientais, orgânicos e cognitivos, QIs mais baixos, atrasos de linguagem, nível sócio - económico baixo, como possíveis causas de ambos os problemas, (Barkley,2006) e (Lopes,2003).

A maioria dos estudos realizados apontam para dificuldades a nível perceptivo - cognitivo, causando problemas na captação da informação sensorial, organizá-la, processá-la cognitivamente e posteriormente expressá-la, refletindo-se fundamentalmente na dificuldade de resolver com êxito tarefas que exigem o manuseamento de conceitos e ideias abstratas.

As alterações de comportamento, impulsividade e desatenção, originam problemas de integração social e, condiciona a sua participação em atividades coletivas que requerem cumprimento de regras e normas.

Contudo, convém lembrar que nem todos os indivíduos com PHDA apresentam dificuldades de aprendizagem. As dificuldades de atenção podem ser compensadas por um QI mais elevado, maior acompanhamento parental ou dos professores, interesse pelo conhecimento e condições didáticas adequadas, Bromberg e Benczik, (2008).

Segundo Benczik (2002), referido por Bromberg e Benczik (2008), na generalidade, observa-se uma discrepância entre as capacidades intelectuais da criança e o seu desempenho académico, podendo o mesmo ocorrer no seio das crianças com inteligência, superior à média.

Apesar das crianças hiperativas terem um desenvolvimento intelectual normal, apresentam um rendimento escolar baixo, devido à sua falta de atenção e impulsividade e, pelo facto de estar sempre irrequieta, desatenta e fora das tarefas, perde concerteza muitas oportunidades de aprendizagem.

Por estes motivos, as crianças com PHDA podem apresentar necessidades educativas especiais, não pela incapacidade em aprender, mas devido às razões já expostas, que são requisitos para o sucesso e êxito escolar.

O desempenho escolar pode depender além das características do sujeito, também das características pedagógicas da escola, da formação e qualificação dos professores, do nível de escolaridade dos pais, etc.

Embora a PHDA tenha implicações ao nível da aprendizagem, é antes de mais um problema de comportamento e de dificuldades, que o indivíduo demonstra e que não consegue alterar para comportamentos socialmente corretos, Lopes (2003).

3.3 - O Ambiente Escolar e o Papel do Professor

Depois da família é no ambiente escolar que a criança vai encontrar o primeiro grupo social, cujo papel é fundamental no seu processo de desenvolvimento individual e social. Começa por ser uma referência para a criança desde muito cedo, tanto no campo educacional como no afetivo, pois é aqui que a criança vai continuar a desenvolver a sua vinculação e identificação, consolidando o seu desenvolvimento global, já iniciado na família.

A qualidade e o tipo de relações que desenvolve com os seus pares e professores, a forma como a escola acolhe e lida com as suas manifestações comportamentais, contribuem para que a criança adquira um desenvolvimento saudável ou pelo contrário que apresente alguma problemática ou manifestação clínica.

Todavia, a escola através do sistema educativo vigente e de alguns mecanismos disponíveis pode atuar no sentido de prevenir e de melhorar qualquer sintomatologia aí existente, sedimentando um melhor prognóstico para a vida adulta.

Pois como já foi referido anteriormente, a criança hiperativa desde muito cedo manifesta alguma dificuldade de relacionamento, tanto em iniciar como manter as relações com os seus pares.

Bromberg e Benczik (2008) consideram o convívio social com os colegas, o aprender a lidar com as regras, com a estrutura e limites de uma educação organizada, como um benefício, dado que a escola corresponde em pequena escala à sociedade em que irão viver, quando forem adultos.

Recomendam que se possível, é aconselhável escolher uma escola que vá ao encontro dos valores da família e que tenha em primeira linha a

preocupação com o desenvolvimento global da criança com PHDA, o potencial de cada criança, atendendo às suas necessidades e diferenças individuais, reforçando os pontos fortes, colmatando os pontos mais fracos, visto que precisam de um apoio e intervenção pedagógica mais reforçados.

Referem ainda, a necessidade de haver um conhecimento relativo à PHDA, por parte da Direção da escola e das estruturas pedagógicas, no sentido de ser desenvolvido um trabalho partilhado, multidisciplinar, com a cooperação de professores, famílias e especialistas, de modo a flexibilizar e adequar as medidas, estratégias e metodologias necessárias.

Um outro aspeto demasiado importante para Bromberg (2002), segundo Bromberg e Benczik (2008) é a parceria e a estreita colaboração que os pais e professores devem encetar, na orientação da criança ou jovem adolescente com PHDA e, ao mesmo tempo compreenderem as atitudes uns dos outros (pais e professores), perante as dificuldades e comportamentos em casa e na escola, visto que por vezes surgem situações difíceis de lidar. Muitas atitudes provenientes da família e da escola conduzem e estimulam a comportamentos inadequados, alguma indisciplina, fraca interação positiva, práticas educativas coercivas e pouca supervisão das atividades, das crianças e dos adolescentes.

Com alguma frequência, é necessário tentar algumas intervenções e ajustes antes de haver resultados positivos, daí a necessidade de haver um trabalho de equipa e, de se escolher o método de ensino mais adequado para o aluno com PHDA.

Segundo Bromberg e Benczik (2008) e Phelan (2005), tal como o aluno com PHDA revela algumas dificuldades de adaptação, também o professor pode enfrentar algumas dificuldades perante o aluno, na sala de aula. É fundamental que o professor tenha conhecimento sobre a perturbação, o que é, etiologia e consequências de modo a dar resposta às necessidades destes alunos. Deve estar informado que estes alunos não são assim porque querem.

O professor deve ter sempre presente as dificuldades de concentração da criança, deve selecionar a informação e estruturar as tarefas que lhe quer proporcionar.

É primordial contemplar a diferenciação existente no grupo e, não homogeneizar as atividades, pois corre o risco de criar mais ansiedade e insegurança nestes alunos.

Em suma, o sucesso do aluno com PHDA na sala de aula, na opinião de Chadd (2000), citado por Barkley (2006) e Bromberg e Benczik (2008), pode implicar uma série de intervenções que podem incluir adaptação do currículo, modificação do ambiente estrutural e regras da sala de aula, flexibilidade na realização de tarefas, adequação do tempo de atividades e se necessário um acompanhamento na administração de medicação.

3.4 - Estratégias de Intervenção em Contexto Educativo

Sendo necessário, como dizem Barkley (2006) e Rief (2001) referido por Bromberg e Benczik (2008), modificar alguns aspetos no processo de ensino - aprendizagem dos alunos com PHDA, pode-se depreender que estes alunos levam o professor a uma reflexão permanente sobre a sua atuação pedagógica, na medida em que têm de ajustar o seu método e estilo de ensino, às aprendizagens dos alunos, às especificidades e necessidades educativas individuais.

Bromberg e Benczik (2008), referem relatos de Benczik (2002) e de Rief (2001) sobre programas inovadores em sala de aula que acreditam ser vitais para os alunos com PHDA.

Esta programação prevê objetivos, conteúdos, metodologias, recursos humanos e materiais, processos de avaliação, devendo conter as adaptações curriculares necessárias, de forma a trabalhar com o grupo e com o individual, atendendo às diferenças individuais.

Os objetivos devem assim cumprir com os princípios de integração e individualização, visando as necessidades e potencialidades de cada um.

Os conteúdos devem ser mais abrangentes. Por vezes, a preocupação excessiva dos conteúdos mais académicos no currículo escolar, negligencia áreas essenciais do desenvolvimento, conduzindo a um aumento de alunos com problemas de aprendizagem e de comportamento. Os conteúdos devem ser mais funcionais.

A metodologia deve ser flexível de forma a favorecer a participação dos alunos. É tão importante como se aprende, quanto o que se aprende.

A opção metodológica deverá facilitar a execução, a criação de estratégias necessárias ao desenvolvimento da tarefa e, aumentar a

comunicação com o adulto, de modo a identificar as dificuldades e a ajuda que o aluno necessita.

O processo de avaliação pressupõe também mudanças significativas. Não se deve avaliar apenas o aluno, mas também o contexto educativo onde se desenrola o processo de ensino – aprendizagem, de modo a possibilitar as modificações necessárias

Organização da sala de aula

Como temos vindo a referir, a PHDA está frequentemente associada a dificuldades de aprendizagem, daí ser necessário a implementação de estratégias diversificadas, que ajudem estes alunos a minimizar e a ultrapassar as suas dificuldades, de modo a melhorarem a sua atitude irrequieta e perturbadora e conseqüentemente o seu insucesso educativo.

Segundo DuPaul e Stoner (1994), referido por Barkley (2006), são fundamentais um conjunto de atitudes a ter na sala de aula com estes alunos e mesmo com os outros.

O desempenho escolar pode ser influenciado por fatores existentes no meio ambiente.

Na opinião de Barkley (2006) e Bromberg e Benczik (2008), o ambiente escolar adequado ao aluno com PHDA, já que este tem dificuldades de organização e planificação, é uma sala de aula bem organizada, estruturada e previsível, com o horário do dia e regras visíveis.

A sala estruturada não quer dizer sala rígida e tradicional, pode ser estimulante, colorida e ativa, sem estímulos em excesso e distratores.

Uma das intervenções mais comuns é afastar a mesa do aluno perturbador dos outros, sentá-lo próximo ou ao alcance do professor, distante da porta ou janela, onde tenha menos possibilidade de se distrair, por exemplo junto de colegas mais tranquilos.

O professor deve movimentar-se pela sala com frequência, de modo a instruir e aconselhar os alunos em relação aos seus comportamentos e controlar a disciplina.

Chamar a atenção dos alunos para algo previamente combinado, através dum contato de olhar, colocando a mão no ombro ou um toque na mesa.

Retirar objetos que possam distraí-los, embora algumas crianças necessitem de ter algo para manusear, para ajudar a focalizar a atenção.

Os alunos com PHDA precisam de supervisão e ajuda na organização do lugar de trabalho, do material, das escolhas e do tempo para a realização das atividades.

O professor deve planificar e estabelecer uma rotina diária com períodos de descanso, proporcionando ao aluno algum espaço para se movimentar entre as atividades.

Estrutura da aula

Na estrutura da sala, o professor deve utilizar estímulos e sinais não verbais na orientação destes alunos, de modo a orientá-los enquanto está ocupado com outros alunos.

Certificar-se de que os alunos compreenderam o que foi pedido, antes de passarem a outro assunto, devendo ser feito de modo breve e bem organizado.

Dar instruções rápidas, curtas e claras.

Certificar-se que as atividades são estimulantes.

Adotar uma atitude positiva, como elogios e recompensas para comportamentos adequados.

O professor deve ter presente as dificuldades de concentração do aluno, por isso deve selecionar a informação, estruturando a tarefa que lhe vai propor.

Propor tarefas iguais a todo o grupo será um erro, uma vez que originará sentimentos de ansiedade e insegurança, que se traduzirão em manifestações perturbadoras do ambiente educativo. Ao facilitar interações múltiplas pode evitar situações de conflito e condutas anti -sociais.

Desta forma, deve propor tarefas a realizar através de pequenas etapas, evitar o excesso de informação e tomar um cuidado especial na graduação das dificuldades das atividades, de modo a facilitar a participação e realização do aluno.

Deve também ter presente os pontos fortes dos alunos e a partir daí motivá-lo para as atividades, aumentando a sua auto -estima, ajudando-o a desenvolver e a melhorar a sua imagem.

Quando se justificar uma punição deve ser feita breve, sem sermão e logo após a manifestação de comportamento inadequado. Não se deve dar ênfase ao fracasso, não deve criticar o aluno, mas sim o comportamento.

Em suma, o professor deve planificar as aulas de acordo com as dificuldades individuais dos seus alunos, adaptar os conteúdos e as estratégias às capacidades de cada um. Por este motivo, também é essencial que os professores com turmas grandes tenham algum apoio educativo, no sentido de selecionar e adequar programas, materiais e proporcionar oportunidades de aprendizagem para estes e para outros alunos.

4 - Na Transição da Educação Pré - Escolar para o 1.º Ciclo do Ensino Básico

Como refere a Lei nº5/ 1997 de 10 de fevereiro ” a educação pré – escolar é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida”, que tem como objetivo proporcionar condições para o desenvolvimento e sucesso da aprendizagem de todas as crianças, promovendo a sua auto – estima e auto – confiança e desenvolvimento de competências.

Perspetiva-se no sentido de proporcionar à criança condições para integrar com sucesso a etapa seguinte, a escolaridade obrigatória.

Ora, a entrada para o Jardim de Infância é um momento especial tanto para as crianças como para os pais, porque se vão separar, vão confiar os seus filhos à guarda de pessoas que não conhecem, é sempre um desafio. Há crianças que revelam desde o início algumas dificuldades nas relações.

Por volta dos três, quatro anos já se registam algumas diferenças entre crianças com PHDA e sem PHDA. O comportamento vai – se agravando tornam – se mais desobedientes, agressivos e impulsivos e conflituosos. Têm dificuldade em esperar pela sua vez na realização e participação nas atividades e brincadeiras, revelam dificuldades de atenção e, não conseguem estar sentados.

A transição para o 1ºCiclo, pode ser um processo muito complicado para estas crianças, na medida em que precisam de estar sentadas e concentradas, seguir ordens e instruções e, devido às suas características não conseguem corresponder às exigências.

De acordo com as Orientações Curriculares para a Educação Pré – Escolar (1997)

Cabe ao educador promover a continuidade educativa num processo marcado pela entrada para a educação pré – escolar e a transição para a escolaridade obrigatória... é também função do educador proporcionar as condições para que cada criança tenha uma aprendizagem com sucesso na fase seguinte competindo – lhe, em colaboração com os pais e em articulação com os colegas do 1ºciclo, facilitar a transição para a escolaridade obrigatória.

(p.28, 1997)

É fundamental um trabalho prévio com todas as crianças, no sentido de sensibilizá-las para o novo espaço e exigências inerentes. Levá-las a conhecer a nova escola, colegas, a nova professora, desenvolver e articular algumas atividades em conjunto, no sentido de promover a transição.

4.1- Crianças Pré-Escolares com PHDA

Apesar da maioria dos casos ser detetada antes dos 7 anos, os sintomas parecem surgir relativamente cedo, com uma idade média de início entre os 3 e os 5 anos, Barkley (2006).

Barkley (2006) referindo alguns estudos efetuados com crianças em idade de pré – escolar, afirmam que o aparecimento de problemas precoces e persistentes como o nível da atividade motora, inibição e desatenção, que justificam um diagnóstico de PHDA na idade pré – escolar, apresentam grande probabilidade de continuar a receber diagnóstico quando iniciam o ensino regular e, mesmo depois na idade adulta.

Estas crianças têm maior probabilidade de sofrerem acidentes devido ao seu padrão de comportamento hiperativo, desatento e impulsivo, agem por vezes de uma forma destemida. Representam um grande desafio para as habilidades dos seus pais. A desobediência é comum entre estas crianças.

A entrada destas crianças na creche ou na pré- escola também acarreta algumas perturbações, quando começam a surgir as reclamações do comportamento disruptivo da criança, das agressões às outras crianças e na dificuldade em controlar os seus comportamentos. É frequentes estas crianças andarem pela sala, não permanecerem sentadas, atrapalharem e interromperem as atividades e brincadeiras das outras crianças, falarem muito, produzirem ruídos vocais e perturbarem a dinâmica do grupo (Barkley, Shelton et al, 2002) citado por Barkley (2006).

Os estudos existentes sugerem que as crianças em idade pré-escolar, quando iniciam a escolaridade obrigatória, já têm um risco elevado de fracasso escolar devido ao seu quadro sintomático, revelam algumas dificuldades académicas básicas ao nível das competências de pré - leitura, conceitos matemáticos simples e habilidades motoras finas (Barkley, Shelton et al 2002; Mariani e Barkley,1997; Shelton e tal,1998) referido por Barkley, (2006).

Conforme vão crescendo de crianças para adultos, vão revelando características e comportamentos diferentes nas diferentes fases de desenvolvimento.

A própria interação dos sintomas da PHDA e as exigências da vida, sobretudo social e escolar, vão sendo cada vez maiores, conforme a criança vai crescendo e a necessidade de um maior autocontrole também aumenta.

4.2 - Crianças com PHDA em Idade Escolar

Normalmente os problemas sérios surgem a partir do momento em que a criança com PHDA inicia a escolaridade obrigatória.

O ambiente da sala de aula mais ou menos homogeneizado, improvável de responder ao seu comportamento, às exigências de se sentar quieto e se concentrar, prestar atenção, obedecer, brincar, inibir o comportamento impulsivo, cooperar e interagir com os seus pares, paralelamente com as exigências acadêmicas, torna-se penoso para estas crianças.

Para Barkley, Fisher et.al (1990) e Biederman, (1997) citados por Barkley (2006), a PHDA tem o seu maior impacto na escola e, lá podem surgir os maiores problemas, tanto para as crianças como para os pais.

Frequentemente começam a surgir as reclamações da escola. Os pais além de lidarem com estes problemas em casa, já desde o pré-escolar, têm agora de ajudar os seus filhos na adaptação à escola e às suas exigências acadêmicas e sociais e, ainda a possibilidade de serem acusados como responsáveis. Por vezes, existem professores que consideram ser resultado de falta de educação ou de problemas familiares.

Tal como o aluno tem dificuldade em se adaptar, também o professor pode revelar algumas dificuldades perante alunos com estas características, na sala de aula. É necessário que o professor tenha conhecimento suficiente da Perturbação, de modo a intervir ajustadamente, mas para isso também é fundamental a participação e envolvimento dos pais.

Nesta fase de transição, por vezes, os pais ponderam em manter as crianças no pré – escolar mais um ano, devido ao comportamento imaturo e desenvolvimento académico lento.

As repetições de ano também podem ser esperadas, porém parecem ter consequências negativas. Segundo Pagani, Tremblay, Vitaro, Boulerice e McDuff (2001), referidos por Barkley (2006), a retenção poderá causar mais agressividade, desmotivação nas aprendizagens, mais conflitos com os colegas e maior possibilidade de abandono escolar.

As dificuldades de aprendizagem podem começar a emergir, é muito comum dificuldades ao nível da leitura, escrita e matemática.

A grande variedade de comportamentos combinados tornam a criança com PHDA irritante e por vezes rejeitada pelos colegas.

Para Barkley (2006), no final da infância e na pré - adolescência já estão definidos os padrões de conflitos académicos, sociais e familiares para muitas crianças com PHDA. Algumas terão desenvolvido outros transtornos.

4.3 - PHDA na Adolescência

De acordo com FIscher, Barkley, Applegate e Frick (2005), referidos por Barkley (2006), na adolescência regista – se uma redução dos níveis de hiperatividade (agitação motora) e uma melhoria da atenção e controle dos impulsos, no entanto é um período muito difícil, devido às exigências sociais e também às mudanças físicas, próprias da Puberdade. Aspetos ligados à sua identidade, aceitação no grupo dos amigos, namoros, alterações físicas, auto - confiança, preocupações com a escola (o sucesso /insucesso), são alguns a considerar.

É na adolescência que se registam um maior número de repetências, suspensões e expulsões.

O baixo rendimento escolar pode ajudar a despoletar problemas afetivos e emocionais, que poderão contribuir para que o indivíduo no futuro apresente maior comprometimento funcional e social.

As dificuldades com os seus pares podem continuar na adolescência, mas podem não ser tão más, como eram enquanto crianças, mais agressivas e perturbadoras.

Quanto à vida académica e escolarização muitos adolescentes já estão fartos da escola, poderão estar substancialmente atrasados em relação aos

colegas, devido às dificuldades associadas aos sintomas de PHDA e consequentemente a perda de oportunidades de aprendizagem.

Existem vários estudos referidos por Barkley (2006), que constata que 80% das crianças a quem foi diagnosticada hiperatividade na infância, continuam a apresentar sintomas na adolescência e na vida adulta.

4.4 - PHDA na Vida Adulta

Ao contrário do que se pensava nos anos 70, a maior parte dos estudos revelam que as crianças com PHDA mantêm sintomas da perturbação na vida adulta.

Conforme os adolescentes vão entrando na vida adulta vão ocorrendo alterações quantitativas e qualitativas dos principais sintomas da perturbação.

De acordo com Matos, Abreu e Grevet (2003), alguns sintomas manifestados na infância podem ir desaparecendo enquanto outros podem tornar – se mais evidentes. Por exemplo, a Impulsividade na vida adulta pode ter efeitos mais graves do que na infância ou adolescência: relações terminadas tempestivamente, perdas ou abandono impensado do emprego, manobras perigosas de condução, etc. A hiperatividade pelo contrário, diminui significativamente.

Adultos com PHDA normalmente têm menos anos de escolaridade, revelam problemas na vida laboral, familiar e social, também apresentam comprometimento do funcionamento adaptativo (Barkley,1998), referido por Mattos, Abreu e Grevet (2003).

Na opinião de Barkley (2006), existem algumas limitações no estabelecimento da persistência da PHDA na vida adulta, devido à contradição existente entre o conceito atual e os critérios de diagnósticos utilizados.

Sendo um problema evolutivo, a presença de PHDA em qualquer estágio de desenvolvimento da vida do indivíduo, deve ser determinado pela aplicação de listas diagnósticas de sintomas, baseados em patamares relativos à idade.

Segundo o autor, o DSM não fornece estes patamares, por este motivo os critérios diagnósticos vão – se tornando menos válidos conforme aumenta a idade.

Existem outros sintomas que apesar de não serem considerados no DSM –IV, podem ser observados em adultos com PHDA: procrastinação, baixa autoestima, baixa tolerância à frustração, alterações de humor e comprometimento de habilidades sociais, que também podem ser encontradas noutras perturbações.

As regras para o tratamento da PHDA em adultos são as mesmas que para o tratamento na infância e na adolescência.

Primeiro faz-se uma avaliação diagnóstica que envolva os aspetos físicos, emocionais e sociais. O tratamento farmacológico e psicossocial é essencial para estes indivíduos.

No entanto, o tratamento pode ser difícil, uma vez que podem existir muitas comorbidades, por exemplo: transtornos de ansiedade, humor, depressão, doença bipolar, transtorno de conduta ou dependência de substâncias e transtorno de Tourette (Biederman e cols.,2002), citado por Mattos, Abreu e Grevet 2003).

5 – Estado de arte sobre as Percepções dos Professores acerca da PHDA

O sucesso dos alunos com PHDA está intimamente ligado com o conhecimento e a postura dos professores (Barkley,2006), não envolve apenas técnicas comportamentais, mas professores empenhados ativamente, no acompanhamento e tratamento destes alunos.

Num estudo com professores, Arcia, Frank, Sanchez-LaCay e Fernandez (2000) citados por Barkley, DuPaul e Pfiffner, (2006) constataram que muitos professores não têm as informações básicas sobre a PHDA e que desconhecem os programas de intervenção e controle em sala de aula, previstos para estes alunos.

E quando um professor tem pouco conhecimento sobre a natureza e evolução da perturbação, causas possíveis, assim como percepções erradas sobre as terapias adequadas, qualquer intervenção terá pouco impacto, (Barkley,2008).Torna-se então necessário que adquiram informação e conhecimento das estratégias e metodologias de ensino, estruturação e modificações ambientais, adaptações curriculares, de modo a permitir que todas as crianças com ou sem necessidades educativas, tenham sucesso.

A existência de um número muito significativo de alunos nas escolas com esta perturbação e as suas necessidades, tem merecido cada vez mais a atenção por parte dos investigadores. Neste âmbito, muitos estudos têm sido feitos no sentido de investigar a natureza da perturbação: prevalência, etiologia, evolução, impacto escolar e social, assim como o nível de conhecimento e informação dos grupos que participam nos processos de diagnóstico e tratamento da PHDA.

Num desses estudos realizados na Austrália, com alguns clínicos gerais, verificou-se que estes consideravam a PHDA resultante da falta de disciplina e preparação dos pais. Acreditavam que a perturbação era excessivamente diagnosticada e eles não estavam preparados para diagnosticar nem para intervir junto destes pacientes (Shaw et al,2003, cit Gomes et al,2007).

Também Bekle, (2004) num estudo comparativo que realizou na Austrália com professores em exercício de funções e estudantes de pedagogia, que ainda não tinham preparação para lidar com alunos com PHDA, constatou que estes mostravam uma postura mais positiva em relação à perturbação do

que os primeiros, que talvez tenham uma compreensão inadequada (Gomes et al, 2007).

Os estudos demonstram lacunas no conhecimento dos diferentes grupos sobre a perturbação, por exemplo 53% dos estudantes de pedagogia e 48% dos professores concordaram com a afirmação de que a PHDA pode ser causada por açúcar e aditivos alimentares. As maiores lacunas parecem ser as que envolvem crenças e mitos, (Bekle,2004 cit Gomes et al,2007).

Para investigar o conhecimento da população, médicos e educadores sobre aspetos clínicos da PHDA, no Brasil, Gomes et al (2007) realizou o estudo “Conhecimento sobre o Transtorno do Défice de Atenção/Hiperatividade“, inquiriram 2117 indivíduos, concluindo que à semelhança dos outros países o conhecimento sobre a PHDA é insuficiente tanto na população em geral como nos profissionais envolvidos, tanto no diagnóstico como na intervenção. Os médicos e psicólogos apesar de serem o grupo que demonstram mais conhecimento e informação, ainda revelam algumas lacunas. Embora, todos tenham demonstrado possuir algum conhecimento sobre a perturbação, o grupo dos educadores apresentou um resultado preocupante, visto que uma percentagem significativa referiu que a PHDA não é uma doença. Muito do conhecimento que referem é baseado em mitos e crenças, o que não permite uma intervenção ajustada, é necessário alterar estas conceções, Gomes et al (2007).

Havey (2007) realizou um estudo comparativo das perceções de professores americanos e professores holandeses, sobre a incidência e intervenção junto de alunos com PHDA, tendo realçado um conjunto de fatores subjetivos que podem determinar o modo como estes identificam e lidam com esta problemática (cit in Gomes et al 2007). Neste contexto, segundo o autor, é fundamental informações corretas e comparações entre diferentes países, de modo, a serem identificados fatores culturais que possam influenciar certas perceções.

Coutinho et al (2008),desenvolveram um estudo no Brasil com o objetivo de investigar a “Concordância entre relatos de Pais e Professores para sintomas de THDA”, sendo a amostra constituída por 44 adolescentes com diagnóstico clinico de PHDA.

Pelos resultados obtidos conclui-se que a concordância no diagnóstico ocorreu em quase metade dos casos, os pais relataram mais sintomas do que os professores. Segundo o autor do estudo este resultado pode revelar que a informação que chega aos professores não é suficiente.

Também Júlio (2009) se refere a um estudo efetuado, sobre a percepção dos professores sobre a etiologia e tratamento da PHDA, no qual participaram professores e educadores, desde o pré-escolar ao 5ºano de escolaridade. Segundo o autor da investigação, a percepção dos professores sobre a incidência na sala de aula fica muitas vezes além do valor apontado, de 5%. Relativamente às causas a maioria dos inquiridos (78,2%), consideram-nas de origem biológica, 11,% apontam fatores ambientais e 10,7% uma expressão de um padrão de comportamento normal.

Atendendo ao conhecimento que se tem hoje da perturbação, “o público, neste caso os professores aceita que os comportamentos indesejados da criança são biologicamente pré-determinados fugindo à possibilidade de controlo e influência por parte do exterior”, no que respeita ao tratamento “a maioria dos inquiridos (...) parece aceitar como forma mais eficaz de tratamento (...), uma combinação entre a intervenção farmacológica e a modificação comportamental” (Glass e Wegar, (2000) cit in Júlio, 2009,p.32).

Um outro dado demonstrado pela investigação é que o conhecimento e a atitude dos professores perante a PHDA influenciam bastante a sua disponibilização para a intervenção em contexto de sala de aula (Ghanizadeh, Bahredar, 2006 e BeKle,2004 cit Rodrigues,2008)

Da mesma forma que a PHDA tem sido objeto de estudo a nível internacional, também interessa conhecer alguns estudos que se têm realizado em Portugal, sobre as atitudes e percepções dos professores, acerca desta problemática.

Fernandes (2006), realizou um estudo com o qual pretendeu determinar o grau de informação dos docentes do 1º e 2º Ciclos das zonas norte e centro do país e, dificuldades que enfrentam, quando têm na sala de aula alunos com PHDA e, qual a eficácia das estratégias que utilizam. Procurou ainda determinar se, a formação inicial de professores, era suficiente para trabalhar com estes alunos e, se a formação contínua contribuía para melhorar a prática docente junto destes alunos. A amostra é constituída por 150 docentes.

Com os resultados obtidos, constatou que 69,8% dos docentes inquiridos consideram os conhecimentos adquiridos na formação inicial insuficientes para identificarem alunos com PHDA e 88,5% afirmam não ter competências para lecionar corretamente com estes alunos, acontecendo o mesmo com a formação contínua, uma vez que os inquiridos dizem não ter tido desenvolvido competências neste sentido.

Neste âmbito o autor identificou alguns aspetos a melhorar, que se referem à insuficiência da formação inicial, embora os programas curriculares das escolas de formação contemplem as necessidades educativas. Apesar de indicarem falta de formação, no que respeita aos métodos e técnicas, as utilizadas são as recomendadas pelos diversos autores.

Conclui pelos resultados obtidos, que o sistema de ensino no que se refere aos alunos com PHDA, não lhes oferece uma resposta adequada às suas necessidades, “limita-se à sua inserção na sala de aula”, (Fernandes,2006,p.6).

Gomes, em 2010, realizou um estudo cujo objetivo foi investigar o impacto da PHDA nas crianças que frequentam o 1.º e 2.º ciclos do Ensino Básico e as dificuldades de aprendizagem que acompanham estas crianças no seu percurso académico. Pretendeu também, verificar como é que os professores organizam o seu trabalho e quais as estratégias implementados.

Este estudo permitiu verificar que alguns professores, uma minoria, não tem conhecimento sobre a PHDA e outros não receberam formação para desenvolver um trabalho orientado perante esta problemática, adquiriram-na por iniciativa própria ou pelo contacto, com estes alunos, em sala de aula.

No que respeita aos níveis da perturbação, segundo os inquiridos, há uma maior incidência de alunos com perturbação ao nível da atenção, em ambos os ciclos, seguindo-se o da hiperatividade, 30% das crianças do 1.º ciclo e 31% no 2.º ciclo apresentam hiperatividade e impulsividade (Gomes,2010).

Em relação às estratégias implementadas, são várias as respostas utilizadas para minimizar as dificuldades sentidas pelos alunos com PHDA em sala de aula.

Não obstante, é referido um aspeto relevante “mediante as respostas dadas pelos professores inquiridos, nenhum faz, referência a estratégias de

intervenção para combater o comportamento disruptivo e desadequado que a criança hiperativa revela em contexto de sala de aula” (Gomes,2010,p.105).

Nesta mesma linha Lourenço (2009), realizou um estudo exploratório, que teve por finalidade comparar as percepções e atitudes dos professores do 1º,2º e 3ºciclos do ensino básico, de um Agrupamento de Escolas de Almada, relativamente a alunos com PHDA em contexto escolar.

O estudo teve por base a recolha de informação através da aplicação de um inquérito por questionário e, posteriormente a apresentação dos resultados que demonstram que os sujeito participantes têm conhecimento sobre a PHDA, embora revelem algum desconhecimento sobre a medicação como forma de intervenção no tratamento da perturbação. Também revelam algum desconhecimento, em relação às atitudes a tomar perante uma criança com esta perturbação, em sala de aula.

Segundo Lourenço (2009) dos resultados do estudo pode-se aferir que as dificuldades de aprendizagem, as dificuldades nas relações com os pares e a não aceitação de regras, são os comportamentos que têm maior impacto em contexto escolar, que provocam maior desadaptação. Relativamente às atitudes e estratégias, os professores indicam uma prática diversa, no entanto os resultados relativamente às comparações entre os ciclos, refletem algumas diferenças no que respeita ao conhecimento das várias dimensões da Perturbação.

Também neste sentido, Júlio (2009) realizou um estudo na região de Leiria com o objetivo de analisar as percepções que uma amostra de técnicos portugueses , 85 professores do ensino regular, 10 professores de educação especial, 8 psicólogos e 7 outros técnicos, têm acerca da PHDA.

Dos resultados obtidos verificou-se que 99,1% da amostra já teve contacto com alunos com PHDA, pelo que 53,6% considera esta perturbação grave; 26,7% dos inquiridos atribuí a causa da PHDA a fatores neurológicos, 22,8% atribui a fatores ligados ao funcionamento familiar e 16,7% indicam fatores genéticos. Uma percentagem considerável referiu fatores sem sustentação científica.

Há uma concordância entre os técnicos com as formas de intervenção, um grande número de inquiridos concorda com a intervenção farmacológica, indicam profissionais externos para lidar com a perturbação, o psicólogo.

Constatou-se assim neste estudo, que havia uma relação entre a experiência profissional e o contacto prévio com esta perturbação, o aconselhamento a professores externos, as práticas educativas e a intervenção farmacológica (Júlio,2009).

Ainda nesta linha de investigação, Baptista (2010), efetuou um estudo exploratório com o objetivo de analisar as perceções dos professores sobre o impacto que os problemas de comportamento de crianças com PHDA causam em contexto escolar, pelo que comparou um grupo de crianças com diagnóstico e um sem diagnóstico, em Agrupamentos de Escolas de Oeiras e Lisboa.

Com base nos resultados obtidos, o autor do estudo conclui que há diferenças significativas no respeitante ao impacto e ao número de problemas identificados, com consequências de vária ordem, destacando-se problemas no desempenho académico e nas relações com os pares.

Ainda neste âmbito de conhecimento e diagnóstico da PHDA, Lopes (2009) efetuou um estudo em 6 distritos de Portugal continental que consistiu na tradução e adaptação de um instrumento de avaliação, a EDAH (Evaluación del transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade), na população escolar. De um modo geral, o estudo incidiu sobre aspetos mais relevantes da perturbação, sintomatologia, causas, prevalência e diferenças de género.

Conforme o autor do estudo, em Portugal são poucos os trabalhos de tradução e validação de instrumentos para que se efetue um diagnóstico correto da perturbação, pretenderam deste modo contribuir nesse sentido.

Em síntese conclusiva consideraram que “ as crianças e jovens com PHDA sofrem porque são incompreendidas e apesar de na realidade falarmos do termo “ escolas inclusivas”, estamos ainda muito longe dessa realidade” (Lopes,2009,p.108).

Para finalizar esta ronda de alguns estudos efetuados em Portugal, reportamo-nos a um estudo mais recente efetuado por Filipe (2011) cuja amostra é constituída por 102 professores, do 1ºciclo, de 3 Agrupamentos de escolas localizadas na zona centro do País, com o objetivo de determinar o grau de informação dos docentes acerca da PHDA em contexto escolar, práticas e estratégias utilizadas.

Através dos resultados obtidos verificou-se que a formação inicial e contínua dos docentes é insuficiente, no que concerne ao conhecimento e às práticas e estratégias utilizadas com crianças com esta perturbação. Dos sujeitos do estudo 78,4% refere não ter adquirido conhecimento nos cursos de formação sobre esta perturbação, o conhecimento que têm é baseado em leituras, conferências e contacto e experiência profissional (Filipe,2011).

Em relação às características dos alunos que causam mais perturbação em contexto escolar indicam o “défice de atenção” e como fatores associados à PHDA, que contribuem para uma maior desadaptação indicam a “pouca persistência e baixa motivação”, “não aceitar regras”, “comportamentos de agressividade e de oposição” e por fim “as dificuldades de aprendizagem”. Relativamente à intervenção com estas crianças é em primeiro lugar o encaminhamento para os técnicos especializados e depois o apoio educativo e educação especial (Filipe,2011).

Segundo os inquiridos a intervenção Multimodal é a terapêutica mais benéfica para a criança com PHDA, consideram que a medicação no contexto escolar oferece melhoria significativa no comportamento dos alunos, melhoria ao nível da atenção, rendimento escolar e redução dos comportamentos agressivos (Filipe,2011).

Apesar de muitos estudos e de muita investigação já efetuada, de recomendações e diretrizes publicadas, sobretudo nas últimas décadas, a literatura continua a indicar algum desconhecimento por parte dos professores sobre a PHDA, quer a nível nacional quer internacional. Contudo em jeito de conclusão, constatamos que o impacto da PHDA em contexto escolar é percecionada pelos professores ao nível da sintomatologia, com especial relevo para os problemas que lhe estão associados desatenção, dificuldades de aprendizagem, dificuldades de relacionamento e dificuldade em aceitar e respeitar regras.

PARTE II

METODOLOGIA

6 – METODOLOGIA

Neste capítulo apresentamos os procedimentos metodológicos que seguimos para a realização deste estudo, que tem como objetivo principal verificar se as percepções que os professores do 1º ciclo do ensino regular têm sobre o comportamento do aluno com PHDA e, as estratégias que utilizam, são coincidentes com a literatura e com os critérios definidos para a classificação da PHDA pelo Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM – IV-TR.

Esta escolha tem a ver com o facto desta perturbação do desenvolvimento ser aquela em relação à qual todos têm opinião formada e, sendo a escola um espaço privilegiado para o estudo desta problemática, optámos por entrevistar 10 professores que, aceitaram o nosso convite para participar no estudo. O período de recolha de informação decorreu entre Abril e Maio de 2012.

Decidimos por uma investigação qualitativa, onde a palavra escrita tem particular importância, tentando respeitar o mais possível a forma como foram registados os dados recolhidos.

De acordo com Bogdan e Biklen (1992), este tipo de investigação apresenta cinco características fundamentais:

- o ambiente natural constitui a fonte de dados sendo o investigador, o instrumento de recolha de dados por excelência;
- a sua primeira preocupação é descrever e só depois analisar os dados;
- os investigadores interessam – se mais pelo processo do que pelos resultados ou produtos;
- tendem a analisar os seus dados de forma indutiva;
- a interpretar os fenómenos de acordo com os significados atribuídos pelas pessoas implicadas (Tuckman,2000).

O investigador preocupa-se primeiro em questionar, descrever, não precipitando conclusões.

As hipóteses não estão construídas à partida, uma das vantagens desta investigação pode estar relacionada com a sua construção, à medida que os dados vão sendo recolhidos e agrupados. A recolha de dados centra-se na descrição, na descoberta, na classificação e na comparação.

Segundo Psathas (1993), os investigadores qualitativos em educação questionam os sujeitos da investigação com o objetivo de “perceber aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem”, citado por Bogdan e Biklen, 1994, p.51)

Para além, da preocupação pela forma rigorosa de registo dos dados é de igual importância, o modo como se interpretam os significados e sobretudo as representações.

Neste tipo de investigação a preocupação central não é de saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas se outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados (Bogdan e Biklen, 1994).

Abre a possibilidade de criar boas hipóteses de investigação, pelo facto de se utilizarem técnicas como as entrevistas detalhadas e profundas com os sujeitos da investigação.

6.1- Procedimentos e Instrumentos de Recolha de Dados

O método de entrevista, nas suas diferentes formas distingue-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interação humana, que permitem ao investigador extrair das entrevistas informações muito ricas e diversificadas.

Caracteriza-se por um contacto direto entre investigador e interlocutores, iniciando-se uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor exprime as suas perceções de uma situação ou acontecimento, as suas interpretações e experiências com autenticidade e profundidade (Quivy e Campenhoudt, 2008). Tendo em conta o modelo de pesquisa adotado, foi necessário proceder à recolha de factos, de opiniões, concepções e perspectivas da problemática da hiperatividade, para tal foram realizadas entrevistas individuais aos sujeitos participantes.

As entrevistas individuais têm subjacente como técnica, entrevistas estruturadas com perguntas específicas e preparadas previamente pela mesma ordem, colocadas aos professores participantes. Permitem o discurso livre e espontâneo, partindo de uma questão global.

A entrevista constou na aplicação de um questionário oral, elaborado pela autora da pesquisa com oito questões relativas à PHDA.

Neste sentido elaborámos um guião com as seguintes categorias:

- Prática profissional com crianças com PHDA;
- Atitudes que podem identificar o aluno hiperativo;
- Comportamentos mais perturbadores em contexto escolar;
- Causas dos comportamentos hiperativos;
- Importância do diagnóstico;
 - Estratégias de intervenção em contexto escolar;
 - Relacionamento com os seus pares;
 - Implicações na vida dos alunos;

Para a realização das entrevistas utilizámos um gravador portátil – Mp3, sendo todas as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, salvaguardando-se a confidencialidade dos resultados.

6.2- Participantes na Pesquisa

O estudo que passamos a apresentar foi realizado num concelho do distrito de Viseu, sendo os participantes da pesquisa dez professores que lecionam o 1ºCiclo do Ensino Básico.

Dos dez professores, nove são do sexo feminino, embora não houvesse qualquer pretensão neste sentido, aconteceu pelo facto do sexo feminino ser predominante. Convidámos dois professores do sexo masculino, no entanto só um deles aceitou participar no estudo. A sua caracterização demográfica é apresentada nas Tabelas que se seguem, onde constam os dados relativos à idade, estado civil, número de filhos, formação académica, formação especializada e tempo de serviço.

Através da tabela 1 verificamos que 90% (n=9) dos participantes são professores do sexo feminino e só um do sexo masculino. Relativamente à idade, constatamos que a idade dos professores participantes, varia entre os 33 anos e os 55 anos de idade, sendo a média das idades de 46,5 anos.

Tabela 1

| Participantes – Distribuição por Idade e Sexo | | | | | | | | |
|---|-----------------------|------|---------|------|---------|------|-------|-------|
| Sexo | grupos etários (anos) | | | | | | | |
| | 33 - 40 | | 43 - 50 | | 51 - 55 | | Total | |
| | n.º | % | n.º | % | n.º | % | n.º | % |
| Masculino | 1 | 10,0 | | | | | 1 | 10,0 |
| Feminino | 2 | 20,0 | 2 | 20,0 | 5 | 50,0 | 9 | 90,0 |
| Total | 3 | 30,0 | 2 | 20,0 | 5 | 50,0 | 10 | 100,0 |

Quanto ao estado civil dos participantes, podemos constatar pela tabela 2 que, são todos casados à exceção do professor do sexo masculino que é solteiro e tem um filho. Os restantes professores têm dois filhos, uma delas está grávida e aguarda o nascimento do segundo filho.

Tabela 2

| Participantes – Estado Civil e Número de Filhos | | | | | | | |
|---|--------------|------|----------|------|-------|-------|--------|
| | Estado Civil | | | | | | |
| | Masculino | | Feminino | | Total | | Filhos |
| | n.º | % | n.º | % | n.º | % | |
| Solteiro | 1 | 10,0 | | | 1 | 10,0 | 1 |
| Casado | | | 9 | 90,0 | 9 | 90,0 | 2c/a |
| Total | 1 | 10,0 | 9 | 90,0 | 10 | 100,0 | |

No que respeita à formação académica, podemos verificar através da tabela 3 que 60% (n=6) dos professores têm como formação inicial o Curso do Magistério Primário (bacharelato), tendo 3 deles concluído posteriormente o Complemento de Formação do 1ºCiclo do Ensino Básico, equivalente à licenciatura.

Os restantes professores (40%) têm como formação base uma licenciatura em Ensino Básico, tendo dois deles feito posteriormente uma Pós-Graduação em Educação Especial – Dificuldades Cognitivas e Motoras e outro professor, uma especialização em Matemática e Ciências para o 2ºCiclo. Os professores participantes lecionam todos em turmas do 1ºCiclo

Tabela 3

| Participantes – Formação Académica | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------|------|----------|------|-------|------|
| Formação Académica | Formação Académica | | | | | |
| | Masculino | | Feminino | | total | |
| | n.º | % | n.º | % | n.º | % |
| Magistério Primário | | | 6 | 60,0 | 6 | 60,0 |
| Curso Complementar | | | 3 | 30,0 | 3 | 30,0 |
| Lic em Ensino Básico. | 1 | 10,0 | 3 | 30,0 | 4 | 40,0 |
| Especialização Matem., | | | 1 | 10,0 | 1 | 10,0 |
| Pós - Graduação em E.E | 1 | 10,0 | 1 | 10,0 | 2 | 20,0 |

O tempo de serviço dos professores participantes, conforme podemos verificar através da tabela 4, varia entre os 11 e os 33 anos, sendo o tempo médio de 23,3 anos.

Tabela 4

| Participantes – Tempo de Serviço | | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------|------|--------------|------|--------------|------|-------|-------|
| | Tempo de Serviço | | | | | | | |
| | 11 a 14anos | | 18 a 27 anos | | 30 a 33 anos | | Total | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % |
| Masculino | 1 | 10,0 | | | | | 1 | 10,0 |
| Feminino | 2 | 20,0 | 3 | 30,0 | 4 | 40,0 | 9 | 90,0 |
| Total | 3 | 30,0 | 3 | 30,0 | 4 | 40,0 | 10 | 100,0 |

6.3- Procedimentos

Concluídas as entrevistas procedeu-se à sua audição e transcrição ficando uma ideia geral das opiniões e do conhecimento que os professores participantes na pesquisa têm sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Desenvolveram-se alguns procedimentos analíticos tendo em vista a descoberta de unidades de análise, essenciais ao tratamento dos dados, por

possibilitar a sua divisão em unidades perceptivas e também por constituir um meio de transformar os dados obtidos em subconjuntos mais acessíveis.

Neste seguimento, procedeu-se à organização e análise dos dados recolhidos, de forma sistemática, conforme a sua classificação e categorização. A estrutura da entrevista facilitou o tratamento e análise, permitindo a organização da informação e construção dos textos relativos às categorias identificadas sobre o conceito de PHDA (caraterísticas, comportamentos/atitude, causas, diagnóstico, estratégias e implicações).

Segundo (Vala,1990), o conjunto de grandes categorias é resultado dos objetivos de pesquisa, sensibilidade, hipóteses, interrogações e dúvidas do investigador.

Considerámos importante incluir relatos dos professores, porque revelam os seus conceitos e opiniões, reforçam a parte descritiva e tem ainda a finalidade de mostrar a inclusão de uma resposta numa determinada categoria.

Durante a análise e sempre que se justificou, tentámos estabelecer conexões, relacionar os dados categorizados e a literatura consultada para este estudo.

7- Apresentação, Análise de Dados e Discussão de Resultados

Com a **questão número um** pretendíamos saber se os professores participantes da pesquisa já tinham tido contacto na sua prática profissional com crianças com PHDA ou se tinham algum aluno diagnosticado na escola.

Conforme podemos ver na tabela 5, das respostas obtidas constatou-se que 90% dos professores confirmaram já ter tido contacto com crianças com PHDA ao longo da sua prática profissional, 40% dos professores dizem ter um aluno diagnosticado e medicado na escola e 50% dos professores dizem que **pensam ter** um aluno ou mais com PHDA na sua escola.

Tabela 5

| Questão um - Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola? | | | | | | | | | |
|--|-----|------|------|---|-----------------------------------|------|------------------|------|------|
| Nº de Professores | Sim | | Não | | Alunos diagnosticados e Medicados | | Penso que existe | | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % | |
| 10 | 9 | 90,0 | 0 | 0 | 4 | 40,0 | 5 | 50,0 | |
| Total | 10 | 9 | 90,0 | 0 | 0 | 4 | 40,0 | 5 | 50,0 |

Através da **questão número dois**, pretendemos obter informação a respeito do que os professores participantes entendem sobre esta perturbação, como a identificam e caracterizam. Foi-lhes solicitado que identificassem atitudes dos alunos que possam levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA.

As expressões mais utilizadas pelos professores foram “falta de atenção, dificuldade de atenção e concentração, distrai-se facilmente, desmotiva-se, muito agitados, sempre a mexer, levantam-se, desorganiza tudo, fala constantemente, precipitados, não cumpre regras e criam conflitos”. O número

de vezes indicado na tabela refere-se à frequência de indicadores utilizados pelos participantes.

As respostas obtidas foram categorizadas conforme os termos técnicos definidos no DSM-IV, no que respeita à Falta de Atenção/Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade. Depois dos dados recolhidos, iniciámos a sua organização e análise e, para descrevermos o que os professores entendem procedemos a uma classificação por subcategorias, a partir da frequência das respostas sobre o comportamento desatento, hiperatividade e impulsividade.

Os dados são apresentados nas tabelas 6, 7 e 8, em conformidade com os comportamentos desatenção/falta de atenção, hiperatividade e impulsividade.

Pela tabela 6, verificamos que as **dificuldades de atenção e concentração** foram apontadas por 80% dos professores como um indicador de PHDA. Indicaram vários comportamentos e características correspondentes à sintomatologia de falta de atenção, que interferem significativamente no desempenho e habilidades académicas destas crianças como podemos constatar através de excertos do discurso dos professores: “ ...não conseguir estar concentrado numa tarefa.”, “...a escrever metade das palavras a omitir palavras”, “Muita falta de atenção, os trabalhos ficam muito incompletos” (anexo 2) .

A **desmotivação e o desinteresse** foram também indicados por 20% dos professores participantes, como características associadas ao comportamento desatento que se configura com o desempenho e habilidade educativas.

Atualmente, sabe-se que a desatenção é um sintoma constante, duradouro e promotor de disfunção, que era subvalorizado em função dos comportamentos hiperativos e impulsivos. Tem repercussões ao nível do rendimento e desempenho escolar conforme a literatura consultada.

Tabela 6

| Questão 2 - Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA? | | | | |
|--|--|--|----------|-------------|
| Comportamento Desatento | | | | |
| Categorias | Subcategorias | Indicadores | Nº vezes | Prof. n.º % |
| Falta de Atenção | Dificuldades Concentração/ Atenção | Não consegue, começa e não acaba, muito desconcentrado, não estão com atenção, défice de atenção, períodos de concentração muito reduzidos, falta de atenção, quando se fala com ele parece que não está a prestar atenção, a pensar noutras coisas, distrai-se facilmente, começa e não acaba, aleatório, tem de ser chamado. | 22 | 8 80,0 |
| | | Desmotiva-se com facilidade nas tarefas, desinteresse | 2 | 2 20,0 |
| | Dificuldades de Motivação | | | |

Através dos dados apresentados na tabela 7 podemos verificar que os professores participantes caracterizam o comportamento Hiperativo, pela agitação motora, falar excessivamente, e dificuldade de organização. O número de vezes indicado na tabela refere-se aos indicadores utilizados pelos participantes para caracterizar a hiperatividade.

A **agitação motora** foi indicada por 80% dos professores, **falar excessivamente** foi indicado por 20% e **dificuldade de organização** foi indicada por 10% dos professores, como indicadores de PHDA, conforme podemos ver nos relatos dos professores: “não consegue estar sentado muito tempo...”, “...está sempre a mexer-se, a mexer nos objetos escolares, nos seus e nos dos colegas”, “sempre a bater na carteira, os pés, a fazer barulho” (anexo 2).

Os comportamentos de agitação motora da criança descritos pelos professores interferem na atividade diária da criança e da turma, refletindo-se negativamente nas relações que estabelecem com os seus pares.

Estes comportamentos além de incomodarem a turma são geralmente os mais perceptíveis e intoleráveis para os professores.

Como não conseguem ficar quietas por muito tempo, fazem barulhos, criam agitação, desestabilizam o ambiente calmo necessário ao desenvolvimento das tarefas e, por esses motivos surgem os conflitos.

As crianças hiperativas apresentam normalmente níveis excessivos de atividade motora ou oral, que se manifestam pela irrequietude, nervosismo, movimentos grosseiros e por vezes desnecessários e despropositados para a tarefa (Barkley,2006)

Tabela 7

| Questão 2 - Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA? | | | | |
|---|----------------------------|--|-----------------|-------------------|
| Comportamento Hiperativo | | | | |
| Categorias | Subcategorias | Indicadores | Nº vezes | Prof. nº % |
| Hiperatividade | Agitação Motora | Não consegue estar sentado, sempre a mexer no material escolar, muito irrequieto, pela postura, levantam-se muitas vezes, não parava de baloiçar, os pés em movimento, os dedos a bater na mesa. | 18 | 9 90,0 |
| | Falar Excessivamente | Falador, constantemente a falar. | 7 | 2 20,0 |
| | Dificuldade de Organização | Desorganiza tudo, o material cai-lhe todo da mesa, para o chão | 3 | 1 10,0 |

Através da tabela 8 constatamos que os professores da pesquisa caracterizam o comportamento impulsivo pelas dificuldades de relacionamento, precipitação e conflitos. O número de vezes indicado na tabela refere-se aos indicadores utilizados para caracterizar a impulsividade.

O comportamento impulsivo foi citado por 40% professores da pesquisa, como podemos ver pelos seus relatos: “ muito precipitado a responder ...”; “criam muitos atritos com os colegas, ... por vezes criam conflitos bastante graves e não obedecem “; “por vezes não cumprem, não cumprem algumas das regras dentro e fora da sala ...” (anexo 2)

Estes comportamentos descritos pelos professores correspondem à definição de impulsividade do DSM-IV, há que diferenciá-los da hiperatividade que se refere ao excesso ou exagero de atividade motora já que a impulsividade se manifesta por impaciência, precipitação das respostas antes de ouvir a pergunta, dificuldade em esperar pela sua vez, não seguem regras e instruções, fazem comentários inoportunos, mexem nas coisas dos outros, fazem palhaçadas, (DSM-IV - TR).

Barkley (2006) diz-nos que a impulsividade consiste na dificuldade em inibir comportamentos e regular a atividade, em resposta a exigências situacionais. Muitas vezes respondem de forma rápida a situações, não respeitam as regras, não esperam pelas instruções, não medem as situações que podem ser de perigo, tentam a satisfação imediata dos seus interesses e dizem muitas vezes o que não devem.

Os comportamentos relatados pelos professores criam perturbação em contexto escolar, criam prejuízos nas relações sociais destes alunos com os seus pares, conforme tem sido referido na literatura.

A falta de atenção, a agitação e a impulsividade impossibilitam a criança de participar com sucesso nas atividades quer com os pares quer em grande grupo, por vezes iniciam brigas, interrompem, falam sem autorização. Estes comportamentos causam situações de rejeição por parte dos amigos, conduzindo-os ao isolamento (Garcia,2001).

Segundo Lopes (2003), é sobretudo nas escolas que a PHDA tem um maior impacto, no que respeita ao cumprimento de regras sociais e académicas. Torna-se extremamente difícil para estas crianças estabelecerem

e manterem relações com os colegas de escola. Com frequência se tornam impopulares.

Perante as respostas dadas pelos professores da pesquisa, no que respeita aos comportamentos de desatenção, agitação e impulsividade pensamos que são aceites a nível científico, visto que se enquadram nos estudos realizados, nas teorias existentes e nos sintomas para diagnóstico de PHDA definidos no DSM-IV- TR.

Tabela 8

| Questão 2 - Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA? | | | | |
|---|---------------------------|---|------------------|-------------------|
| Comportamento Impulsivo | | | | |
| Categorias | Subcategorias | Indicadores | N.º vezes | Prof. nº % |
| Impulsividade | Precipitação | Precipitado a responder, fala quando os outros falam. | 2 | 2 20,0 |
| | Dificuldades nas relações | Perturbam a aula, criam atritos, são marginalizados, criam conflitos, não obedecem, não cumprem regras. | 6 | 2 20,0 |

Com a **questão número três**, (quadro de comportamentos de PHDA, ordenados de 1 a 18) pretendíamos que os professores indicassem os conforme a tabela 9.comportamentos que causam mais perturbação em contexto escolar às crianças com PHDA.

Assim, de acordo com o seu conhecimento e prática profissional, os professores da pesquisa indicaram os comportamentos que consideram mais perturbadores em contexto escolar. Para visualizarmos os dados obtidos organizámos por ordem decrescente os comportamentos/característicos referidos pelos professores.

Na tabela 9 pode verificar que todos os comportamentos apresentados foram considerados pelos participantes (anexo 2). Os comportamentos número um “Não dá atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas

atividades” e número quinze” Distrai-se facilmente” foram os mais expressivos, tendo sido indicados por 100% dos professores. Estas crianças distraem-se facilmente, não tendo capacidade para manter a atenção até concluírem uma tarefa. Cometem erros por descuido, não dão atenção a pormenores e têm dificuldade em selecionar a informação.

Estes comportamentos interferem significativamente no desempenho e habilidades educativas do aluno, assim como no dos seus pares, tornando-se mais notório na sala de aula dadas as exigências do ambiente educativo.

Seguem-se os comportamentos número nove - Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades “ e o comportamento número dez” Parece sempre ativo como se estivesse ligado a um motor” indicados por 90% dos professores.

Os comportamentos número dois, número três, número quatro, número seis, número sete, número onze, número catorze, número dezasseis, foram indicados por 80% dos professores da pesquisa.

Os comportamentos número cinco, número dezoito, foram indicados por 70% dos professores.

O comportamento número treze foi indicado por 60% dos professores; o número dezassete, foi indicado por 40% dos professores e o comportamento número oito, foi indicado por 30% dos professores, sendo considerado o comportamento que menos perturbação causa em contexto escolar.

Através dos dados obtidos, constatamos que os comportamentos relativos à desatenção e hiperatividade, são considerados pelos professores os que mais perturbação causam às crianças com PHDA em contexto escolar.

Nos seus relatos, os professores utilizam alguns sintomas de desatenção para descrever a hiperatividade, embora esta se caracterize pela inquietação e agitação motora e verbal. Contudo, na decorrência da dificuldade que a criança tem em manter a atenção, a literatura refere que é provável uma mudança constante de foco de interesse.

Os comportamentos de agitação motora também se tornam mais notórios em ambientes que requerem maior tranquilidade. Ora, estes comportamentos além de incomodarem a turma, são os mais perceptíveis pela interrupção constante, ruídos de fundo, não estar sentado quando se espera que o faça, estar inquieto ou falar em excesso.

Por outro lado os comportamentos impulsivos levam a criança a agir sem pensar, sem prever as consequências que daí podem advir.

A conjugação destes comportamentos torna este grupo de crianças “explosivas”, (Cordinhã e Boavida, 2008).

Tabela 9

| Questão três – Dos comportamentos que apresentamos diga quais os que causam mais perturbação em contexto escolar? | Respostas/ Professores | |
|---|---------------------------|-------|
| | nº | % |
| 1-Não dá atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas atividades | 10 | 100,0 |
| 15 - Distrai-se facilmente | 10 | 100,0 |
| 9 - Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades | 9 | 90,0 |
| 10 - Parece sempre ativo como se estivesse ligado a um motor | 9 | 90,0 |
| 2 - Movimenta excessivamente os pés e as mãos, move-se quando está sentado | 8 | 80,0 |
| 3 - Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas | 8 | 80,0 |
| 4 - Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado | 8 | 80,0 |
| 6 - Parece inquieto | 8 | 80,0 |
| 7- Não segue as instruções e não termina o trabalho | 8 | 80,0 |
| 11- Evita, rejeita e mostra relutância em trabalho que requeira esforço mental (trabalhos escolares) | 8 | 80,0 |
| 14 - Precipita as respostas antes que as perguntas tenham terminado | 8 | 80,0 |
| 16 -Tem dificuldade em esperar pela sua vez | 8 | 80,0 |
| 5 - Não escuta quando se fala com ele diretamente | 7 | 70,0 |
| 12 - Fala excessivamente | 7 | 70,0 |
| 18 - Interrompe ou interfere nas atividades dos outros | 7 | 70,0 |
| 13 - Perde objetos necessários às tarefas ou trabalhos escolares | 6 | 60,0 |
| 17 - Esquece-se com frequência das atividades quotidianas | 4 | 40,0 |
| 8 - Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer | 3 | 30,0 |

Com a **questão quatro** pretendemos obter informação sobre o conhecimento que os professores da pesquisa, têm sobre as causas dos comportamentos de desatenção, hiperatividade e impulsividade, manifestados pelo aluno.

Na tabela 10, podemos visualizar, as respostas mais frequentes descritas pelos professores, acerca das causas dos comportamentos manifestados. Organizámos as respostas obtidas por ordem decrescente e, os termos utilizados para indicar as causas foram ambiente familiar/problemas familiares, genética e hereditário, emocionais, e dificuldades de aprendizagem.

Através da tabela 10, verificamos que o ambiente familiar/ problemas familiares e hereditariedade /genética foram as causas apontadas por 50% dos professores, que tiveram mais expressão.

Destes professores, 30%, referiram os dois tipos de causas enunciadas e 20% referiram só as genéticas. Uma professora refere também a possibilidade de distúrbios emocionais, conforme podemos ver pelo seu relato " Eu penso que em relação à hiperatividade, que se calhar, também por trás muitas vezes terão distúrbios emocionais" (anexo 2).

Podemos perceber a partir das respostas, que 50% dos professores atribui como causa dos comportamentos manifestados, o ambiente familiar instável, problemas familiares e a falta de acompanhamento. Contudo os estudos efetuados mostram que não é determinante, poderá eventualmente influenciar os comportamentos hiperativos e impulsivos destas crianças.

Uma professora considera como causa "as dificuldades de aprendizagem" (anexo 2). Outra professora refere "a falta de interesse". Uma outra professora não respondeu de uma forma clara à questão colocada. As duas últimas respostas estão inseridas no termo "Outros". que foi utilizado para abarcar as causas apontadas pelos professores, que não se enquadravam nas restantes.

Nos relatos dos professores constatamos que todos dizem "**eu penso, eu julgo**", "**não tenho a certeza**" quando indicam possíveis fatores genéticos e hereditários, familiares e ambientais como causas possíveis de PHDA, por isso consideramos aceite a nível científico, já que são várias as teorias que tentam explicar as causas da PHDA, como pudemos constatar na parte teórica desta pesquisa: teorias que apontam fatores genéticos e um provável peso da

hereditariedade, fatores familiares que podem fomentar e favorecer o aparecimento, causas multifatoriais (genética e ambiente), fatores de ordem cerebral.

Os progressos ao nível da genética e da neuroimagem muito têm contribuído na investigação e no conhecimento que hoje se tem sobre esta problemática, no entanto continua a ser difícil indicar um fator específico responsável por esta perturbação (Lopes,2003)

Tabela 10

| Questão 4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno? | | | |
|---|-----------------------|----------------|------|
| Causa dos Comportamentos | N ^o vezes. | Prof. | |
| | | n ^o | % |
| Ambiente Familiar/Problemas Familiares | 8 | 5 | 50,0 |
| Hereditárias e Genéticas | 5 | 5 | 50,0 |
| Dificuldades/ Aprendizagem | 1 | 1 | 10,0 |
| Distúrbios Emocionais | 1 | 1 | 10,0 |
| Outros | 2 | 2 | 20,0 |

Das respostas à **questão número cinco**, constantes na tabela 11 verificamos que todos os professores destacam a importância do diagnóstico, o mais cedo possível, na medida em que possibilita uma intervenção o mais precoce possível.

Podemos perceber pelos relatos dos professores a importância que estes lhe atribuem, no sentido de se efetuar uma intervenção correta junto destes alunos, atendendo às suas necessidades e dificuldades.

Segundo a experiência dos professores, o tratamento ajuda o aluno a melhorar as suas dificuldades e aprendizagens, para que tal aconteça é fundamental o professor estar atento, que a escola e o professor reconheçam o problema do aluno para desenvolverem mecanismos de resposta. Um professor realça a importância do envolvimento parental, na tomada de medidas e atitudes.

Outro professor exteriorizou alguma dificuldade em abordar este assunto, com a mãe do aluno que pensa ter esta problemática, revela não estar

preparada nem ter conhecimento suficiente, conforme podemos ver pelo seu relato:

“Ai, acho que é importantíssimo... mas ... eu não tenho coragem ...” (anexo 2)

Outro professor refere a importância do diagnóstico no sentido da escola e do professor criarem condições para estes alunos, que por vezes revelam grandes dificuldades de relacionamento, daí a necessidade de promover relações saudáveis entre aluno e professor e adequar estratégias e atividades conforme as características do aluno. Por vezes os professores também sentem dificuldade em relacionar-se e gerir os comportamentos do aluno hiperativo.

Como refere Phelan (2005), detetar qualquer problema o mais cedo possível é sempre preferível, quanto mais tarde, maior a dificuldade no tratamento, provavelmente o individuo já se terá adaptado bem ou mal ao seu modo de ser. Diagnosticando precocemente também poderá ajudar a despistar outros problemas de comorbilidades.

Para muitas crianças o tratamento e conseqüente prevenção de fracassos na escola podem evitar, provavelmente mais tarde, muitos problemas de ansiedade, depressão e baixa autoestima.

Tabela 11

| Questão 5 - Em que medida considera importante o diagnóstico? | | |
|--|--------------|------|
| | Professores. | |
| | nº | % |
| É muito importante o diagnóstico | 10 | 10,0 |
| Diagnosticados o mais cedo possível podem minimizar as causas e ultrapassar as dificuldades | 10 | 10,0 |
| Com tratamento pode ser ajudado a melhorar as dificuldades | 10 | 10,0 |
| Diagnosticado pode ser medicado e melhorar as aprendizagens | 2 | 20,0 |
| O professor deve identificar e depois encaminhar o aluno | 1 | 10,0 |
| Para que pais e professores tomem as medidas e atitudes certas | 1 | 10,0 |
| É importante que a escola e os professores reconheçam o problema do aluno para arranjar estratégias e atividades | 2 | 20,0 |

Com a **sexta questão** pretendia – se conhecer as estratégias que os professores da pesquisa utilizam em contexto escolar para intervir /trabalhar junto de alunos com PHDA.

O ensino individualizado, o apoio educativo, sentar próximo do professor, sequencialização de tarefas, reforço positivo, envolvimento dos pais, diálogo e compreensão, trabalhos reduzidos, supervisão dos trabalhos, afastar os alunos mais irrequietos dos outros e atividades que os motivem, foram as estratégias indicadas. As respostas foram organizadas por ordem decrescente. O número de vezes indicado na tabela refere-se aos indicadores utilizados pelos participantes.

Como se pode verificar através da tabela 12 as estratégias “ensino individualizado” e “apoio educativo” foram indicadas por 60% dos professores, “proximidade do professor”, indicado por 40%, “sequencialização de tarefas”, “trabalhos reduzidos” e “atividades diversificadas que os motivem” indicadas por 30% dos professores. Estas foram as estratégias com maior expressão.

Seguiram - se o “diálogo e compreensão”, “afastar dos irrequietos”, “reforço positivo”, “envolvimento dos pais” e “supervisão dos trabalhos”.

Foi dado o enfoque ao apoio educativo e ao ensino individualizado pela importância que estes recursos e estratégias têm na gestão dos comportamentos e aprendizagens dos alunos com PHDA.

Estes aspetos são reconhecidos por dois professores do estudo embora em situações diferentes, enquanto um tem na sala de aula, um professor para apoio educativo que o ajuda a gerir e a organizar as atividades na sala de aula, permitindo um apoio individualizado ao aluno, o outro dá conta da necessidade de apoio de um técnico, para trabalhar com estas crianças e sobretudo da dificuldade que é trabalhar com uma turma, com os quatro anos de escolaridade, “o trabalho individual torna-se deste modo quase impossível” (anexo 2).

As turmas compostas pelos quatro anos de escolaridade são também consideradas por outros professores impeditivas de prestar ajuda e ensino individualizado aos alunos com mais dificuldades ou, outro tipo de problemas. Um professor refere que não tem conhecimento de estratégias adequadas a estes alunos.

Os professores realçam a necessidade de trabalhos reduzidos, atividades que motivem os alunos, aulas agradáveis e com algum carácter lúdico e a supervisão de modo a ajudar o aluno a organizar-se.

Foram ainda relatadas outras estratégias de intervenção com menor expressividade, mas não menos importantes, “o diálogo”, “a compreensão” e “a comunicação”, embora estes alunos consigam escutar quando se fala com eles acerca do seu comportamento eles, prometem cumprir com as tarefas, portarem-se bem na aula, não passará de promessas devido à dificuldade que eles têm em controlar e dominar os seus comportamentos, os impulsos.

Barkley (2006) diz-nos que provavelmente não é um problema de competência do aluno, porque eles sabem o que devem fazer, mas na hora não conseguem, o problema é de realização.

O “reforço positivo” e o “envolvimento dos pais” foram estratégias referidas pelos professores. O reforço positivo e o elogio terão com certeza alguma importância, pois ajudarão a elevar a autoestima destas crianças que anda sempre fragilizada.

O envolvimento e colaboração dos pais é fundamental no trabalho a realizar com o professor, com a escola e com os técnicos que acompanham a criança.

No caso de alunos que tenham dificuldades a nível académico ou comportamental é necessário estabelecer e manter comunicação entre a família e a escola, haver um trabalho de equipa. Alunos com dificuldades de aprendizagem, com PHDA ou necessidades educativas especiais necessitarão mais de acompanhamento do que os outros alunos, Rief e Heimburge (2000).

Os pais devem colaborar e partilhar informações com os professores e devem apoiá-los. Os professores também devem ser abertos e recetivos às intervenções e apoios destinados aos alunos.

É fundamental modificar vários aspetos no processo de ensino-aprendizagem do aluno com PHDA, como o meio ambiente, a estrutura da sala e da aula, os métodos de ensino, as tarefas solicitadas, a avaliação, o reforço, o nível de apoio, o tempo, o tamanho e a quantidade das tarefas.

Dado que se verificam diferentes subgrupos para caracterizar as crianças hiperativas, parece-nos que o tipo de intervenção não se deve generalizar.

Em parte pelas características específicas e também pelas exigências que a escola lhes impõe, estas crianças além das grandes dificuldades de

relacionamento com os seus pares, demonstram muitos problemas ao nível académico.

É então necessário que o professor identifique os pontos fracos e fortes do aluno e a partir daí implemente estratégias adequadas às necessidades educativas individuais.

O aluno com PHDA impele o professor a uma constante reflexão sobre a sua atuação pedagógica. Parece – nos que as estratégias que os professores participantes nesta pesquisa utilizam na sua prática pedagógica, se aproximam das apontadas nos estudos e literatura, para implementação em contexto escolar, para a organização da sala e da estrutura da aula e da relação professor versus aluno, atendendo as variáveis afetivas e individuais (Benczik e Bromberg,2003) e (Rief e Heimburge,2001)

Tabela 12

Questão 6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

| Estratégias de intervenção | Prof | | Nº vezes |
|--|------|------|----------|
| | nº | % | |
| Ensino Individualizado | 6 | 60,0 | 6 |
| Apoio Educativo | 6 | 60,0 | 6 |
| Proximidade do professor | 4 | 40,0 | 4 |
| Sequencialização de tarefas | 3 | 30,0 | 4 |
| Trabalhos reduzidos | 3 | 30,0 | 3 |
| Atividades diversificadas que os motivem | 3 | 30,0 | 4 |
| Diálogo e compreensão | 2 | 20,0 | 6 |
| Afastar dos irrequietos | 2 | 20,0 | 2 |
| Reforço positivo | 1 | 20,0 | 1 |
| Envolvimento com os Pais | 1 | 10,0 | 1 |
| Supervisão dos trabalhos | 1 | 10,0 | 2 |

Através da **questão número sete**, pretendemos saber como é que os professores participantes no estudo percecionam as relações do aluno hiperativo com os seus pares.

A partir das respostas dos professores, utilizámos quatro subcategorias para classificar a relação com os pares, conforme os termos utilizados na descrição das relações: conflituosos, dificuldades de relacionamento, bom relacionamento e liderança, conforme podemos visualizar na Tabela 13. O

número de vezes indicado na tabela refere-se aos indicadores utilizados pelos participantes para caracterizar as relações do aluno hiperativo.

As “relações conflituosas” foram as que mais se destacaram, tendo sido indicadas por 60% dos professores, que descrevem as relações destes alunos com os seus pares muito conflituosas, utilizam expressões como “conflituosos fora da sala”, “é mentiroso”, “inventa coisas”, “falta de regras” “causam perturbação” “entram em zanga e disputas” (anexo 2).

O “bom relacionamento” é referido por 50% dos professores, alegando que “por vezes é amigo”, “tem relações saudáveis” e “gostam de ser incluídos nas brincadeiras”, por outro lado “a dificuldade no relacionamento” é apontada por 30% dos professores, têm dificuldade de relacionamento com os seus pares, nas brincadeiras, por isso muitas vezes não são aceites pelos colegas.

A “Liderança”, é apontada por 30% dos professores, alegando que estes alunos gostam de liderar, de dominar e impor as suas regras aos outros, por vezes procuram os amigos, mais infantis para conseguirem dominar e mandarem. Um professor considera esta liderança como um fator positivo, que muitas vezes é bem aceite pelos colegas (anexo2).

Deste modo, verificamos que o comportamento de liderança da criança hiperativa é percebido como algo positivo e também como fator perturbador.

As relações descritas pelos professores da pesquisa encontramos-las descritas nos diversos estudos e na literatura.

As dificuldades nas relações sociais são entendidas como sendo o centro na problemática geral da PHDA, mas mais preocupante que o padrão de interação que exibem é “o facto de as dificuldades interpessoais da infância se revelarem preditivas de desajustamento adaptativo na adolescência e vida adulta”, (Lopes,2003,p.106)

A criança vai-se confrontando com situações que lhe vão exigindo comportamentos mais autorregulados.

Uma vez que se verificam diversos subgrupos para caracterizar as crianças com PHDA, é pois provável que lhe correspondam também padrões de relacionamento social específicos.

Tabela 13

Questão 7 – Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

| Categorias | Subcategorias | Indicadores | Nº vezes | Prof. % |
|---------------------------|-------------------------------|---|-----------------|----------------|
| Relação com os seus Pares | Conflituosas | Conflituosa, mentiroso, inventa coisas, falta de regras, falta de saber estar em grupo, agressivo, causam alguma perturbação, entram em zanga e disputas | 13 | 60,0 |
| | Dificuldade de Relacionamento | Tem dificuldade em se relacionar, tem dificuldade em socializar-se, têm muita dificuldade em brincar com os colegas, por vezes não são bem aceites, são os últimos a serem escolhidos para os jogos e para as brincadeiras | 5 | 30,0 |
| | Bom Relacionamento | Por vezes é amigo, tem boas relações, têm relações saudáveis, a relação é boa, gostam de incluímos nas brincadeiras | 6 | 50,0 |
| | Liderança | É dominante, controla as coisas e, gosta de ser líder, são muito dominadores tentam cativar os colegas com objetos que trazem de casa, acham-se sempre os maiores, por vezes procuram os mais novos, para conseguirem dominar e impor regras. | 10 | 30,0 |

Nas respostas à **última questão** deste estudo, sobre as implicações que esta perturbação pode ter na vida destes alunos, os professores da pesquisa mencionaram implicações que categorizámos de natureza académica /educativa e social. O número de vezes indicado na tabela refere-se aos indicadores utilizados pelos participantes.

Utilizámos duas subcategorias, dificuldades de aprendizagem e dificuldades nas relações, para enunciar as implicações como podemos visualizar na tabela 14

As implicações de natureza educativa referidas por todos (100%) os professores da pesquisa, como podemos ver pelas expressões utilizadas, prendem-se com o baixo rendimento escolar, resultados acadêmicos inferiores aos dos outros alunos, dificuldades de aprendizagem, insucesso escolar e dificuldades no percurso escolar.

É referido pelos professores que “são crianças com dificuldades de aprendizagem, porque não se concentram”, “o rendimento é menor”, “a aquisição de conhecimentos poderá ser menor”, “não fazem a aquisição de competências”(anexo 2).

Pensa-se que o fraco desempenho académico é resultante do comportamento desatento, impulsivo e inquieto da criança em contexto escolar.

Evidências a abonar esta interpretação podem ser observadas em estudos, que demonstram melhoras significativas ao nível da sua produção académica, em crianças medicadas com estimulantes. (Barkley, 1977; Pelham, Bender, Caddell, Booth e Mooree, 1985; Rapport, DuPaul, Stoner e Jones, 1986), cit por Barkley (2006).

O relato de um professor da pesquisa “se ele não for medicado, ele tem muita dificuldade em progredir nas aprendizagens” vai no sentido dos estudos enunciados anteriormente (anexo 2).

Atendendo aos deficits em habilidades relacionadas com o desempenho académico, não surpreende que crianças com PHDA possam ter mais probabilidades de apresentar dificuldades de aprendizagem do que crianças sem a perturbação (Safer e Allen, 1976). Uma dificuldade de aprendizagem não quer dizer, não saber fazer o trabalho. Pode ser entendida com uma discrepância entre a inteligência (habilidades mentais) e o desempenho académico em algumas áreas específicas, como leitura, matemática, caligrafia e ortografia (Barkley, 2006).

Outros estudos realizados, segundo Gordon (1991), citado por Benczik e Bromberg (2003) indicam que as crianças com esta perturbação correm risco de fracasso duas a três vezes maior do que crianças sem dificuldades e com inteligência equiparada.

A literatura consultada confirma a possibilidade da criança desatenta apresentar prejuízos académicos. No entanto não se pode generalizar que todas as crianças desatentas têm dificuldade em aprender, embora saibamos

que a capacidade de prestar atenção está implícita no processo de aprendizagem. A desatenção conduzirá estes alunos à perda de aprendizagens.

Dois professores da pesquisa (20%) mencionam uma discrepância que é por vezes referida na literatura, “ (...) altera o rendimento escolar (...) tem boas capacidades, mas depois os resultados não coincidem.” e “oralmente mostra muitos conhecimentos,... mas depois como tem esta dificuldade de se concentrar”(anexo2).Observam um desfazamento entre as capacidades intelectuais da criança e o seu desempenho académico, que também pode acontecer da mesma forma em crianças com inteligência superior à média (Benczik,2002), referido por Benczik e Bromberg (2003).

Tabela 14

| Questão 8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos? | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------|-------|
| Categorias | Subcategorias | Indicadores | Nº vezes | Prof. nº % | |
| Ordem Académica | Dificuldades de Aprendizagem | Implicações muito negativas, dificuldades de aprendizagem, não têm as mesmas possibilidades dos outros, implicações na parte cognitiva, rendimento escolar mais baixo, muito difícil, não fazem desinteressam-se, insucesso- | 17 | 10 | 100,0 |
| Ordem Social | Dificuldades nas relações sociais | Reagem em situações, adultos conflituosos, falta de regra e hábitos, com problemas, dificuldade em integrar-se na vida ativa, marginalizados, a sociedade por vezes incrimina-os | 14 | 10 | 100,0 |

Em síntese conclusiva, alunos com PHDA podem apresentar dificuldades de aprendizagem em áreas específicas, ao nível do comportamento adaptativo, podem desenvolver comportamentos disruptivos em sala de aula, apresentar dificuldades no cumprimento de regras, estão mais sujeitos a expulsões e retenções e por vezes nem concluem a escolaridade.

Embora com implicações ao nível da aprendizagem, a PHDA, é antes de mais um problema de comportamento e de dificuldade que o indivíduo demonstra em conseguir exibir esses comportamentos de forma socialmente correta (Lopes,2003).

Os professores da pesquisa (100%) indicaram como implicações de natureza social a dificuldade em se integrarem na vida ativa quando adultos, tornarem-se adultos impulsivos e conflituosos, terem uma vida social agitada e relações interpessoais negativas.

As dificuldades sociais são entendidas como o centro na problemática que é a PHDA, e as crianças com esta perturbação em adultos também se deparam com problemas de vária ordem. Pois, conforme progridem de crianças para adultos também vão apresentar características e comportamentos diferentes, conforme as fases do seu desenvolvimento.

Contudo, segundo Phelan (2005), muito embora alguns sintomas persistam, costumam ser mais suaves, sendo menos intensos do que em crianças, sobretudo a hiperatividade motora que diminuirá bastante.

Discussão dos Resultados

Na primeira parte desta pesquisa fizemos um estudo teórico sobre a PHDA, tendo como base a literatura científica, que é utilizada nesta parte empírica como fundamentação e argumentação dos resultados obtidos.

Depois de analisarmos os resultados obtidos, podemos concluir que os professores da pesquisa mencionaram as características gerais dos alunos com PHDA, com base na sua experiência profissional, contudo dois dos professores têm formação especializada em educação especial e trabalham no ensino regular.

Considerando as respostas dos professores do nosso estudo acerca do contacto com alunos com PHDA e diagnosticados em sala de aula, constatámos que 90% confirmaram já ter tido contacto com alunos com esta perturbação, ao longo da sua prática profissional, 40% dos professores dizem ter um aluno diagnosticado e 50% dos professores dizem que “pensam ter “ um aluno ou mais com esta perturbação, com base em comportamentos que observam nos alunos.

É de referir, de acordo com a literatura consultada, que nem todos os casos de desatenção, agitação motora, inquietude e impulsividade são exclusivas da PHDA, podem corresponder a outras perturbações ou mesmo situações de indisciplina.

O estudo efetuado por Glass e Wegar (2000) citado por Júlio (2009) relativo à percepção dos professores sobre a etiologia e tratamento da PHDA, demonstrou que a percepção dos professores sobre a incidência na sala de aula fica muitas vezes além do valor apontado, de 5%.

Portanto, tratando-se de um diagnóstico que pode ser considerado complicado e, no sentido de ser feito com precisão, a avaliação destas crianças deve ser feita conjugando a colaboração dos pais, professores e profissionais das diferentes áreas: Psiquiatra, Psicólogo, Pediatra e Neurologista. O trabalho multidisciplinar é essencial tanto para o diagnóstico como para o tratamento.

Neste sentido, é essencial que os professores tenham algum conhecimento fundamentado sobre a PHDA e quando observam alterações de comportamento de algum dos seus alunos, devem procurar outros profissionais (saúde e educação) a fim de avaliarem corretamente e identificarem os comportamentos exibidos pelos alunos, só assim poderá responder adequadamente às dificuldades e necessidades individuais. Dos professores do nosso estudo 90% já tiveram contacto com crianças com PHDA, ora a experiência profissional, segundo a literatura aponta para um melhor conhecimento da perturbação.

Os resultados do nosso estudo, demonstram que os professores da pesquisa têm algum conhecimento sobre a perturbação, contudo não é suficiente, revelam algumas lacunas ao nível de diagnóstico, tratamento e estratégias de intervenção. Constatamos que há semelhanças destes resultados, com os do estudo “Conhecimento sobre o Transtorno do Défice de Atenção/Hiperatividade” realizado no Brasil, por Gomes et al (2007) para investigar o conhecimento da população, médicos e educadores sobre aspetos clínicos da PHDA, concluindo que à semelhança de outros países o conhecimento sobre PHDA é insuficiente tanto na população em geral como nos profissionais envolvidos, tanto no diagnóstico como na intervenção. De igual modo, encontramos semelhanças em outros dois estudos comparativos, um realizado por Bekle, (2004), na Austrália com professores em exercício de

funções e estudantes de pedagogia, que constatou que estes mostravam uma postura mais favorável em relação à perturbação, do que os primeiros, que talvez tenham uma compreensão inadequada (Gomes et al, 2007); o outro estudo, realizado por Fernandes (2006) pretendeu determinar o grau de informação dos docentes do 1º e 2º ciclos das zonas norte e centro do país sobre a PHDA, tendo constatado algumas lacunas ao nível dos conhecimentos adquiridos na formação inicial insuficientes para identificar alunos com PHDA e falta de competências identificadas pelos professores inquiridos, para lecionar corretamente com estes alunos.

Relativamente às **atitudes/comportamentos** que podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA, foram indicados a dificuldade de atenção e concentração, e dificuldades na motivação, a agitação motora, falar excessivamente e dificuldade na organização, precipitação e dificuldade nas relações. Organizámos estes comportamentos e classificámo-los de acordo com a sintomatologia e conceito de PHDA.

No que respeita às atitudes/comportamentos mais indicadas pelos professores da nossa pesquisa que os levam a pensar estar perante um caso de PHDA, foi a “Hiperatividade”, seguindo-se a “Falta de Atenção / Concentração”.

Comparando os resultados do nosso estudo com o estudo exploratório realizado por Lourenço (2009) que teve por finalidade comparar as perceções e atitudes dos professores do 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico, de um Agrupamento de Escolas de Almada, relativamente a alunos com PHDA em contexto escolar, verificamos que a característica mais valorizada pelos professores do estudo que os levam a suspeitar de uma situação de PHDA, foi o “Défice de Atenção”.

Existem semelhanças entre os resultados obtidos pelos dois estudos, dado que a atitude/característica menos valorizada é a “Impulsividade”.

Do nosso estudo e, da mesma forma nos estudos apresentados na revisão da literatura constatamos que PHDA em contexto escolar é percecionada pelos professores ao nível da sintomatologia, com especial relevo para os problemas que lhe estão associados e que provocam maior desadaptação.

Considerando as respostas dos professores do nosso estudo, em relação aos **comportamentos que causam mais perturbação** em contexto

escolar, verificamos que os itens mais valorizados são “ Não dá atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas atividades” e “Distrai-se facilmente”, correspondentes ao “Déficit de Atenção/Desatenção”.

Um estudo realizado por Júlio em (2009), na região de Leiria, com o objetivo de analisar as percepções que um grupo de técnicos portugueses tem acerca da PHDA, concluiu que os sintomas considerados mais perturbadores em contexto escolar, pelos professores do ensino regular são os associados à “Falta de Atenção”, sendo o item “Distrai-se facilmente com estímulos externos” o mais valorizado.

Comparando os dados do nosso estudo, com os resultados do estudo de Júlio (2009) e ainda com os resultados do estudo de Lourenço (2009), onde os professores indicam os itens “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades” e “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”, associados à Desatenção, como os que causam maior perturbação em contexto escolar, constatamos as semelhanças que existem nos resultados obtidos. Confrontando estes resultados, com os obtidos no estudo exploratório que Baptista(2010) realizou, com o objetivo de analisar as percepções dos professores sobre o impacto que os problemas de comportamento de crianças com PHDA causam em contexto escolar, verificamos que os comportamentos/características indicados pelos professores que causam mais perturbação referem-se ao “Relacionamento com os pares” e “ Dificuldade em cumprir regras “ correspondem à Impulsividade.

Em relação às **causas**, verificamos que metade dos professores mencionam fatores hereditários e genéticos e fatores ambientais, (o estilo de educação e problemas familiares) como as principais causas para explicar a presença dos comportamentos desatento, hiperativo e impulsivo. Os resultados obtidos assemelham-se aos dos estudos apresentados

Os problemas familiares e a falta de acompanhamento, foram os mais expressivos em termos de frequência, no discurso dos professores denota – se alguma “responsabilização” da família, dos pais, à semelhança do resultado obtido num estudo realizado na Austrália, com alguns clínicos gerais que consideravam a PHDA resultante da falta de disciplina e preparação dos pais (Shaw et al,2003,cit Gomes et al,2007).

Phelan (2005) chama a esta concepção a teoria psicológica ou teoria da dinâmica familiar da PHDA, que tem produzido muita culpa desnecessária os pais. É importante lembrar que a causa desta perturbação pode ser basicamente hereditária e que os demais fatores também podem causar a PHDA, “são os riscos biológicos” e não a má criação. Pode no entanto afetar e ajudar a agravar. Por este motivo, os pais não têm que se sentir culpados porque não são eles que causam a Hiperatividade aos filhos.

Da mesma forma, Landívar (2010) vem reforçar esta tese, dizendo que não depende da forma de educar numa família que a criança desenvolve a perturbação.

A etiologia da PHDA ainda não é bem conhecida, vários fatores são indicados, mas de acordo com a literatura os fatores neurobiológicos, poderão ser os responsáveis pela PHDA, sem descuidar os fatores ambientais na influência que podem ter (Lopes, 2004, Barkley 2006).

Relativamente ao **diagnóstico**, foi considerado muito importante por todos os professores, na medida em que conduz a um tratamento adequado, que por sua vez traz benefícios tanto para o aluno, como para a escola. Um professor referiu a importância do diagnóstico para o tratamento através da medicação, que altera significativamente o rendimento e produção de trabalho, pois melhora o comportamento e o tempo de concentração.

Analisando as respostas dos professores relativamente ao diagnóstico, parece-nos existir alguma falta de conhecimento e informação, à semelhança do estudo efetuado no Brasil, por Gomes et al (2007).

As **estratégias de intervenção** mais assinaladas no nosso estudo prendem-se com o apoio pedagógico, através do ensino individualizado e do apoio educativo/especializado.

À semelhança do estudo efetuado por Júlio (2009), na região de Leiria, para analisar as perceções que um conjunto de técnicos portugueses, incluindo 85 professores do ensino regular e 10 professores de educação especial, têm acerca da PHDA, constatou-se que havia uma relação entre a experiência profissional e o contacto prévio com esta perturbação, o aconselhamento a professores externos e práticas educativas. Os professores do nosso estudo, atribuem maior competência ao professor de apoio/educação especial no acompanhamento e orientação dos alunos e na gestão das atividades na sala.

Contrariamente aos resultados do estudo efetuado por Júlio (2009) e aos do estudo exploratório, realizado por Lourenço (2009) que teve por finalidade comparar as perceções e atitudes dos professores do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico, de um Agrupamento de Escolas de Almada, relativamente a alunos com PHDA em contexto escolar, constatamos que os professores do nosso estudo nunca referiram a necessidade de colaboração e intervenção dos serviços de Psicologia no acompanhamento destes alunos, nem de outras intervenções terapêuticas, multidisciplinar ou multimodal.

Dois professores referem a dificuldade em prestarem um acompanhamento mais individualizado, devidas as turmas terem um número elevado de alunos e com quatro níveis de escolaridade. Só os alunos que beneficiam das medidas do Decreto- Lei nº3/2008 poderão usufruir de turma reduzida conforme o Despacho nº5106 – A/2012, no ponto 5.4 refere que “as turmas que integrem crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente, e cujo programa educativo individual assim o determine, são constituídas por 20 alunos, no máximo não podendo incluir mais de 2 alunos nestas condições”.

No discurso destes dois professores do nosso estudo, encontramos alguma similaridade com os resultados obtidos no estudo efetuado por Lopes (2009) em 6 distritos de Portugal, que consistiu na tradução e adaptação de um instrumento de avaliação, a EDAH (Evaluación del trastorno por Déficit de Atención com Hiperactividade), na população escolar. Os resultados obtidos, neste estudo, concluíram que os alunos com esta perturbação são incompreendidos e que as escolas inclusivas ainda estão longe de ser uma realidade. À semelhança destes resultados também o estudo realizado por Fernandes (2006) que pretendeu determinar o grau de informação dos docentes do 1º e 2º Ciclos das zonas norte e centro do país, dificuldades que enfrentam e estratégias que utilizam, constatou que o sistema de ensino no que se refere aos alunos com PHDA não lhes oferece uma resposta adequada às suas necessidades

Nas nossas escolas existem muitas crianças com problemas de vária ordem, que nunca foram diagnosticadas e avaliadas corretamente, por este motivo também não beneficiam de nenhum tipo de apoio nem intervenção diferenciada.

Verificamos que as estratégias indicadas e utilizadas pelos professores do nosso estudo, revelam uma postura voltada para a inclusão, enunciam um conjunto de estratégias e medidas diferenciadas a implementar na sala de aula, contudo só alguns as enunciam diversificam.

Só partindo de um conhecimento fundamentado, de uma pedagogia diferenciada e iniciada o mais precocemente possível, com base num currículo adequado às necessidades de cada criança é possível operacionalizar os princípios de integração e participação.

A compreensão e o diálogo também foram referidos para resposta a esta questão, por dois professores, apesar de terem sido referidos noutros momentos das entrevistas, no entanto deixa de ser eficaz a partir dum determinado momento. Por mais que o aluno prometa que vai cumprir as regras estabelecidas, que vai prestar atenção ou cumprir as tarefas, ele vai ter dificuldade em cumprir. As crianças com PHDA também mostram que têm conhecimento sobre as habilidades sociais e comportamentos adequados, em relação aos outros, mas no momento não conseguem fazer e não é por que não queiram, conforme já referido na literatura consultada, Barkley (2006).

A supervisão, a forma como se dá a informação a estes alunos, o envolvimento dos pais, o reforço positivo que ajuda a aumentar a auto-estima destes alunos que normalmente têm um baixo conceito sobre si próprios, foram estratégias muito pouco indicados e valorizadas. Comparando com os resultados obtidos nos estudos já referidos o envolvimento dos pais é pouco valorizado. Apesar das estratégias referidas serem indicadas pela literatura e da amostra do estudo ser pequena, parece-nos que existe algum desconhecimento na diversidade de estratégias, no que se refere ao que necessita o aluno e o que deve fazer o professor, perante o aluno com PHDA.

Relativamente às **dificuldades nas relações e habilidades sociais** percecionadas pelos professores do nosso estudo encontram-se descritas na literatura sobre a PHDA. Pelhan e Bender (1982) estimam que mais de 50% das crianças com esta perturbação têm problemas significativos nos relacionamentos sociais com outras crianças (Barkley,2006).

Conforme os relatos dos professores é em contexto de sala de aula e por vezes fora de aula, que as dificuldades de relacionamento se complicam. Os professores têm aqui um papel importante de mediadores dos conflitos. Por

vezes, os professores encontram algumas dificuldades na gestão destes comportamentos. No nosso estudo, em momento algum, os professores referem estratégias para resolver as situações de conflito, sobretudo as mais gravosas. Metade dos professores também considera que estes alunos mantêm boas relações com os seus pares, pois estes também gostam de incluí-los nas suas brincadeiras, alguma liderança é bem aceite pela sua determinação.

Na opinião dos professores do estudo a PHDA pode ter **implicações** muito negativas **tanto académicas como sociais** na vida dos alunos, se nada se fizer. Um professor refere que a perturbação não tem cura mas todos, entendem que se houver uma intervenção adequada e atempada, poderão ter uma vida o mais normalizada possível, tanto quanto os outros. Contudo referem que a nível académico ficam sempre aquém dos outros, visto que na maioria das vezes não fizeram as mesmas aprendizagens, não desenvolveram as mesmas competências, à semelhança do estudo realizado por Gomes (2010), cujo objetivo foi investigar o impacto da PHDA nas crianças que frequentam o 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico e as dificuldades de aprendizagem que as acompanham no seu percurso académico. Pelos resultados obtidos constataram que o problema mais associado à hiperatividade é o mau rendimento escolar associado a dificuldades de aprendizagem específicas.

Nas perspetivas de Matos, Abreu e Grevet (2005) e de Phelan (2005), durante muito tempo pensou-se que a perturbação desapareceria por volta da adolescência, pelo facto de se observar uma diminuição dos comportamentos à medida que a criança crescia, sobretudo ao nível da atividade motora, mas na realidade a maioria das crianças mantém os sintomas na idade adulta e outros problemas adicionais que foram desenvolvendo “auto -estima diminuída, a visão pessimista da vida, problemas para adotar um estilo de vida independente e grandes dificuldades interpessoais”(Phelan,2005,p.211).

Também para Garrido Landíver (2010), se as crianças forem diagnosticadas e tratadas precocemente, quando chegarem à juventude terão os mesmos problemas que os outros jovens.

Neste âmbito, constatamos que alguns aspetos considerados pelos professores são similares com a literatura apresentada.

Em síntese conclusiva observamos que os professores ao definirem o perfil destes alunos, evidenciaram pelas suas respostas, tratar-se de um quadro complexo, resultando de vários fatores conjugados, que condicionam o desenvolvimento global destes alunos, com maior impacto ao nível académico e nas relações sociais

Parece-nos importante relevar que da análise das entrevistas, os comportamentos de falta de atenção/concentração e agitação motora destes alunos e o conseqüente fraco rendimento escolar/ mau desempenho académico, são os aspetos mais percecionados e valorizados pelos professores, seguindo-se os problemas de relacionamento interpessoal e não cumprimento de regras.

Pelos relatos dos professores concluímos que mencionaram as características e os comportamentos gerais destes alunos, com base, na sua experiência profissional, no seu trabalho diário, indo assim ao encontro da investigação científica, que tem sido realizada neste âmbito.

Por comparação, constatamos que existem algumas semelhanças entre os resultados obtidos no nosso estudo e os estudos apresentados, sobretudo nos comportamentos que podem causar mais perturbação em contexto escolar.

Relativamente a um conhecimento mais aprofundado sobre a Perturbação, parece-nos também que existem lacunas e falta de informação, principalmente ao nível de diagnóstico, tratamento e metodologias e estratégias de intervenção. O discurso dos professores foi de alguma forma reservada e circunscrito aos comportamentos sintomatológicos do aluno.

Conclusão

Phelan (2005) refere que atualmente se diz que existem muitos mais casos de PHDA interrogando-se sobre o motivo para que tal aconteça. Acrescenta que em sua opinião a perturbação sempre esteve presente, contudo nos dias de hoje é mais diagnosticada devido a uma maior consciencialização do problema.

De facto mais crianças são diagnosticadas e tratadas e os próprios professores também estão mais atentos porque estão mais preparados, com conhecimentos fundamentados sobre este problema que afeta tantas crianças, famílias e professores.

O objetivo do nosso estudo como já referimos, consiste em perceber as perceções dos professores do 1ºciclo do ensino regular sobre a identificação dos comportamentos de alunos com PHDA, causas, diagnóstico, perturbação/impacto e estratégias de intervenção em contexto escolar.

Pelos resultados obtidos, concluímos que os comportamentos identificados correspondem aos indicados na literatura científica, no que se refere aos sintomas nucleares da PHDA, desatenção, hiperatividade e impulsividade e, que as características atribuídas a esses comportamentos correspondem também aos dos critérios de diagnóstico definidos no manual classificativo da PHDA, pelo DSM-IV-TR.

O nosso estudo, reforça ainda o paradigma de que o comportamento dos alunos com PHDA causa impacto em contexto escolar, sendo a desatenção e a hiperatividade os comportamentos que causam maior perturbação. Os comportamentos relacionados com a impulsividade são menos expressivos, embora sejam referidos e enfatizados por alguns dos professores em estudo.

Embora tivéssemos observado na pesquisa, uma associação entre as perceções dos professores sobre a perturbação e a necessidade de encaminhamento para diagnóstico e intervenção, pareceu-nos também existir algumas lacunas ao nível do conhecimento e da informação nestes domínios.

As estratégias de intervenção identificadas cingiram-se mais ao comportamento individual do aluno em sala de aula e em em situação de aprendizagem. Refira-se que não foram mencionados fatores que pudessem

influenciar o comportamento destes alunos, como por exemplo a atitude do professor e dos pares podendo influenciar favoravelmente ou não, a dinâmica do grupo e organização das atividades.

Os participantes do estudo não explicitaram as estratégias e atitudes que adotam no desempenho profissional, perante comportamentos impulsivos e conflituosos dos alunos em contexto escolar. A intervenção farmacológica foi frequentemente indicada, no entanto não houve referencia à necessidade de colaboração e intervenção dos serviços de Psicologia no acompanhamento destes alunos, nem de outras intervenções terapêuticas, da equipa multidisciplinar preconizada para estas situações.

Sendo notório (também neste estudo) o impacto e perturbação que estes comportamentos causam em contexto escolar, repercutindo-se ao nível das aprendizagens e desempenho académico e nas relações interpessoais, com implicações na vida futura destas crianças, torna-se evidente a necessária intervenção do professor e da escola no sentido de promover a integração e inclusão escolar e social destes alunos.

Cabe-nos a todos nós, direção da escola juntamente com toda a comunidade escolar e educativa acionar e promover as condições necessárias, com vista à inclusão destes alunos e ao seu sucesso académico.

Como foi referido na revisão da literatura, também nós sentimos que quanto maior for o conhecimento dos professores acerca da PHDA, melhor será a sua intervenção e abordagem. Do mesmo modo, quanto maior for o conhecimento que as direções das escolas tem sobre a perturbação, melhor será a sua abordagem perante situações que aparecem regularmente e, que por vezes se tornam difíceis de gerir, culminando muitas vezes em punições e expulsões.

Assim sendo, propomos que nas metas e linhas orientadoras do projeto educativo e planos de atividades de turma, estes alunos devam ser contemplados, quer pelos serviços de orientação psicológica, quer pela equipa de educação especial, incluindo apoios educativos e envolvimento parental.

No caso de se confirmar, a existência de alterações funcionais de carácter permanente, inerentes à perturbação e caso os alunos apresentem limitações significativas ao nível da atividade e participação, nomeadamente na aprendizagem, os alunos enquadraram-se no público-alvo do Decreto-lei nº3 de

2008; os alunos que necessitem de outro tipo de apoios educativos e/ou psicológicos devem os órgãos de gestão e supervisão pedagógica atribuir os apoios necessários, visto que têm mecanismos e alguma autonomia para agir neste âmbito. Deve ainda intervir-se junto de todos os alunos com ou sem necessidades educativas especiais, de modo a obterem o máximo sucesso.

Observámos também neste estudo, que na verdade ainda reina a ideia de que estes alunos são preguiçosos, indisciplinados, atribuindo-se alguma responsabilidade à família. Ser diferente pode significar sair da normalidade, não acompanhar o ritmo de aprendizagem, não aceitar a disciplina e as regras estabelecidas ou não atribuir à escola um significado positivo. Segundo a literatura, a hiperatividade pode envolver estes aspetos de uma forma mais ou menos evidente, devido à heterogeneidade das suas possíveis manifestações.

Corroboramos Heimburgue e Rief (2000), quando afirmam que estes alunos necessitam de uma sala estruturada e inclusiva, um professor que seja um bom modelo a nível comportamental, sentir-se respeitados perante os seus pares, sentir confiança no professor e ter a oportunidade de se expressar, de fazer escolhas, tomar decisões, de receber informações corretas e tarefas interessantes, de modo a provocarem comportamentos desejados e, a reduzir os fatores negativos associados à PHDA.

Em notas finais, fica-nos o sentimento de com este estudo, aprofundamos conhecimentos acerca da PHDA, estimulámos o levantamento de questões, e suscitamos alguma reflexão sobre a prática educativa entre os vários atores (direções, docentes e alunos).

Foi gratificante constatar o grande interesse por parte dos docentes que participaram no estudo, revelando alguns gosto por continuar a aprofundar a temática, mostrando igualmente maior compreensão em relação aos comportamentos manifestados pelos alunos com PHDA.

Tratando-se de um estudo de pequena dimensão, não temos a pretensão de generalizar os seus resultados, o que constitui uma limitação da pesquisa, no entanto estamos convictos que constitui um pequeno contributo para o estudo da perturbação, acreditando nós que partindo dos resultados

obtidos podemos melhorar o conhecimento que se tem sobre a PHDA e melhorar a intervenção pedagógica.

Uma outra limitação sentida prende-se com a disponibilidade dos docentes para a realização das entrevistas, e sobretudo com alguns imprevistos de ordem pessoal, que tornaram o percurso investigativo mais moroso.

Para finalizarmos este trabalho e nesta linha de conhecimento e informação propomos as seguintes sugestões:

- ✓ Para a realização de estudos posteriores, propomos outros tipos de recolha de dados (de carácter triangulado) para cruzamento de informações, de modo a obtermos uma informação mais profunda sobre a Perturbação;
- ✓ Sugerimos a realização de formação interna nos Agrupamentos de Escolas para os professores, de modo a colmatar as lacunas que demonstram relativamente ao conhecimento e informação que têm sobre a PHDA;
- ✓ Estimular o trabalho de equipa com todos os intervenientes no processo educativo, envolvendo as famílias, pois é fundamental no sentido de ajustar estratégias e de melhorar a intervenção com crianças com PHDA.
- ✓ Saber identificar e diferenciar os sintomas da PHDA é deveras importante para estes alunos, visto que o seu percurso académico e modo de vida dependerão disso.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR.(2002) Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.4ªed.Texto revisto CLIMEPSI Editores.

Andrade, E.R. (2003).Quadro Clínico do transtorno de deficit de atenção/hiperatividade. in Rohde,L .A; Mattos, Paulo & col, (2003).Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed

Antony, S. e Ribeiro, J.P. (2004).A Criança Hiperativa: Uma Visão da Abordagem Gestáltica. Psicologia: Teoria e Pesquisa,vol.20 n.2,pp.127-134

Antunes, N. L. (2009). Mal – Entendidos. Edição: Verso de Kapa

Barbosa, GA e Golfeto, J.H. (2003). Epidemiologia. in Rohde, L .A; Mattos, Paulo & col, (2003).Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed

Barkley, R. A. (2006). Transtorno de Défice de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre :Artmed

Barkley, R.A & Murphy, R. (2006).Transtorno de Défice de Atenção/Hiperatividade. Exercícios Clínicos. Porto Alegre: Artmed

Baptista, M.G.F. (2010).Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Exploratório das Percepções dos Professores sobre o Impacto Comportamental de Crianças com PHDA em Escolas do 1ºCiclo. Tese não publicada apresentada à Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

Bell, J. (1993).Como realizar um Projecto de Investigação. Lisboa: Gradiva

Benczik,E.B.P e Bromberg, M.C(2003).Intervenções na Escola. in Rohde,L .A; Mattos, Paulo & col, (2003).Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed

Branco, A., & Fernandes, A. (2004).Terapêutica farmacológica na perturbação e défice de atenção. Acta de Pediatria Portuguesa,35,249-54

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

Boavida, J. (2006). Hiperactividade ou “ má educação”. Revista Saúde Infantil, 28 (2).3-5.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto Editora.

Carvalho, O.A & Peixoto, L.M. (2000). A Escola Inclusiva: da Utopia à Realidade. Braga: Edições APPACDM

César. M.(2003). Escola Inclusiva enquanto espaço-tempo de diálogo de todos e para todos: in D, Rodrigues (org.) Perspectivas sobre a inclusão – Da educação à sociedade. Porto: Porto Editora

Coutinho, G.et al. (2008). Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica Brasileira. Revista Psiq.Clinica.36 (3):97-100.

Cordinhã, A.C e Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. Revista Portuguesa Clinica Geral.24:577-589

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

Correia, L.M. (2008). A Escola Contemporânea e a inclusão de alunos com NEE- Considerações para uma educação com sucesso. Porto: Porto Editora .

Dias, A.M (2010). Tendências do Neurofeedback em Psicologia: Revisão sistemática. Psicologia em Estudo.v.15, nº4 , p.811-820

Fernandes, H.S.(2002). Educação Especial. Integração das crianças e adaptação das estruturas de educação. Braga: Edições: APPACDM

Fernandes, E.V. (2007). Perturbação de Défice de Atenção e Hiperactividade no Âmbito Escolar. Tese não publicada apresentada à Universidade de Aveiro.

Filipe, M.D.B.M.(2011). Práticas /Estratégias Educativas na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Tese não publicada apresentada à Escola Superior De Educação Almeida Garrett. Lisboa

Fonseca, C. A. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*: Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, **19**, 7- 41

Fonseca, A.F. (1988). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa. Ed. Fundação Calouste Gulbenkian.

Garcia, I. M. (2001). *Hiperactividade*. São Paulo: Editora Mcgraw-Hill.

Gomes, M., Palmirini, A., Barbirato, F., Rohde, L.A. & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o transtorno do deficit de atenção/ hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.

Gomes, J. (2010). *O Professor e a Hiperatividade na Sala de Aula*. Tese não publicada apresentada à Escola João de Deus.

Jimenez, R.B (cord.). (1993). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro

Júlio, A.R. (2009). *Representações Acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Landíver, G.E. (2010). *Transtorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Madrid. Col. Ciências de La Educación Preescolar y Especial

Lopes, J. A. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Lopes, M.C.L.S. (1997). *A Educação Especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM

Lopes, C.M.A. (2009). *Escala de Avaliação do distúrbio de défice de atenção/hiperactividade: Estudo para aferição à população portuguesa*. Tese não publicada apresentada à Universidade de Aveiro.

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 ciclos do Ensino Básico*. Tese não publicada apresentada à Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

Mattos, P.; Abreu, P.B & Grevet, E. (2003). *O TDAH no adulto: dificuldades diagnósticas e de tratamento*. in Rohde, L .A; Mattos, Paulo & col,

(2003).Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed

Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar. (1997).Ministério da Educação. Departamento do Ensino Básico

Pastura, G.M; Mattos, P.; Araújo, A.P. Q. (2005).Desempenho escolar e transtorno do deficit de atenção e hiperatividade.Revista.Psiq.32 (6);324-329.

Perez G,E.M. (2008).Adaptaciones Curriculares Metodológicas Para Escolares com Déficit de Atención: Hiperactivos e Inatentos.Grupo ALBOR – COHS

Phelan.T.W (2005).TDA/TDAH.Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Sintomas, Diagnósticos e Tratamento.S.Paulo:M.Books

Quivy.R & Campenhoudet, L.V.(1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa :Gradiva

Ramalho,J.(2009).Psicologia e Psicopatologia da Atenção. Braga: Edições APPACDM

Rief, S.F & Heimburge J.A.(2000).Como Ensinar Todos os Alunos na Sala de Aula Inclusiva. Porto: Porto Editora

Rodrigues, A. (2008).Hiperactividade com défice de atenção, compreender e intervir na escola e na família. Cascais: Editora CADIN

Rodrigues,A.(2008).Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Revista Diversidades,6 (21),pg.9-2.

Rodrigues,D.(org.) (2003).Perspectivas Sobre a Inclusão – Da educação à sociedade.Porto: Porto Editora. Col. Educação Especial

Rohde,L .A; Mattos, Paulo & col,(2003).Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed

Rohde, L.A e Halpern.R.(2004).Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. Jornal de Pediatria.Vol.80-S61-S70.

Roman,T.; Schmitz,M.; Polanczyk,V. e Hutz, M.(2003). in Rohde,L .A; Mattos, Paulo & col, (2003).Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed

Silva, J..A e Takase,E.(2010).Transtorno de défice de atenção e hiperatividade, neurofeedback e medidas psicológicas: uma revisão de literatura. Revista Digital, Buenos Aires, Año16, nº 155.

Tuckman,B.W.(2000).Manual de Investigação em Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das Necessidades Educativas Especiais. Salamanca UNESCO

Vala, J. (1990). A análise de conteúdo. In *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento.

Warnock, H.M.(1978). Special education needs: report of the committee of enquire into the education of handicapped children and young people.The majesty`s stationery office.London:HMSO

Legislação Consultada

Decreto-lei nº3/08 de 7 de Janeiro 2008. Diário da República nº4/08- Série A

Decreto-lei nº319 /91 de 23 Agosto. Diário da República nº193/91 – Série A

Decreto- lei nº46/86 de 14 de Outubro. Lei de Bases do Sistema Educativo Diário da República nº237-Série A

Lei da Reforma do Sistema Educativo,1973.MEN.Lisboa.Lei nº5/73 de 25 de Julho

Webgrafia

<http://www.dda-deficeatencao.com.br./artigos/neurofeedback.html> - acedido em 4 /01 /2013

Anexos

Anexo 1

Roteiro de Entrevista para Professores

Identificação

Sexo _____

Idade _____

Estado Civil _____

Filhos _____

Formação Académica _____

Tempo de Serviço _____

Formação Especializada _____

Qual? _____

Sobre a PHDA

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

| | |
|---|--|
| 1-Não dá atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas atividades | |
| 2-Movimenta excessivamente os pés e as mãos, move-se quando está sentado | |
| 3-Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas | |
| 4-Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado | |
| 5-Não escuta quando se fala com ele diretamente | |
| 6-Parece inquieto | |
| 7-Não segue as instruções e não termina o trabalho | |

| | |
|---|--|
| 8-Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer | |
| 9- Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades | |
| 10-Parece sempre ativo como se estivesse ligado a um motor | |
| 11-Evita, rejeita e mostra relutância em trabalho que requeira esforço mental (trabalhos escolares) | |
| 12-Fala excessivamente | |
| 13-Perde objetos necessários às tarefas ou trabalhos escolares | |
| 14-Precipita as respostas antes que as perguntas tenham terminado | |
| 15-Distrai-se facilmente | |
| 16-Tem dificuldade em esperar pela sua vez | |
| 17-Esquece-se com frequência das atividades quotidianas | |
| 18-Interrompe ou interfere nas atividades dos outros | |

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

Anexo 2

Transcrição das Entrevistas

Entrevista nº1

Identificação

Sexo: Feminino

Idade: 34 anos

Estado Civil: Casada

Filhos: 1 e estou à espera de outro

Formação Académica: Licenciatura Ensino Básico

Tempo de Serviço: 13 anos

Formação Especializada: Pós-Graduação em Educação Especial

Qual? Dificuldades Cognitivas e Motoras

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperactividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Olha já tenho encontrado alguns. E neste momento tenho um diagnosticado e, tenho um que eu penso que seja, pelas características que apresenta.

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Como já tenho alguma formação que está dentro desta área penso que seja o facto do aluno não conseguir estar concentrado numa tarefa mais que muito tempo 5 ou 10 minutos ou ainda menos. Não está, não está, no lugar não consegue estar sentado muito tempo. Começa uma tarefa não acaba. Um deles chega mesmo quando está a dar respostas no papel, a escrever metade das palavras a omitir palavras e pronto e coisas assim do género. E depois, muito precipitado a responder, além de outras.

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: - Olha, aqui está uma. Um deles não dá atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas atividades.

- Movimenta excessivamente os pés e as mãos, move-se quando está sentado isto os dois

- Levanta – se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado

- Por vezes não escuta, não ouve as indicações quando se fala com ele diretamente.
- Parece inquieto
- Não segue as instruções e não termina as tarefas
- Não tem dificuldades em jogar. No caso de um aluno sim, porque tem autismo associado. Sabes e socialmente ele não tem, não interage com as outras crianças.
- Têm, têm os dois dificuldades em organizar tarefas e atividades. Tem que ser o professor a sequencializar-lhes as tarefas.
- Parecem sempre ativos como se estivessem ligados constantemente à corrente, a um motor.
- Um deles também evita por vezes certas atividades, nomeadamente a Língua Portuguesa, porque não lhe acha tanta, não gosta. Evita, rejeita e mostra relutância em trabalho que requeira esforço mental.
- Sim, o que não é autista fala excessivamente.
- Os dois perdem objetos necessários às tarefas ou trabalhos escolares.
- O menino que não é autista precipita as respostas antes que as perguntas tenham terminado e, por isso muitas vezes erra porque não está com atenção.
- Distrai se facilmente
- Tem dificuldade em esperar pela sua vez, também.
- Penso que a última também, interrompe ou interfere nas atividades dos outros. Basicamente são estas.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

Penso que a causa como dissemos, para já, é o défice de atenção. O facto de não conseguirem estar concentrados. Isso tudo, porque um deles tem diagnosticado hiperatividade e está dentro deste quadro, as características da hiperatividade. A hiperatividade causa – lhe essas dificuldades. Por isso é que eu digo, um deles tendo sido diagnosticado, tem de ser mesmo e o outro também, tem mesmo características do défice de atenção.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

Eu acho que é muito importante até porque nós sabemos que a hiperatividade e o défice de atenção nunca são totalmente curados, mas se forem diagnosticados a tempo, com soluções à medida, podem ser minimizadas as

causas e o aluno até pode ter um percurso mais ou menos normal, dito normal. Com as adequações necessárias às suas características, ao seu déficit.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

Queria referir ainda, penso que o déficit de atenção normalmente só é posto em questão a partir dos 6 anos. Até aos 6 anos não dizem que uma criança é hiperativa, pelo menos é a indicação que os médicos nos dão. Que a partir dos 6 anos é que é feito mesmo o diagnóstico. Não sei se vocês têm conhecimento disso. Pronto.

As estratégias de intervenção podem ser utilizadas: Penso que sequencializar as tarefas ao aluno, não lhe dar tarefas tão extensas, como é que hei-de explicar? Talvez, estar, pôr o aluno mais à frente, direcionar mais a aula também para ele, fazer com que ele participe mais ativamente, na aula. No meu caso também tinha a professora de apoio para estar mais junto do aluno, para ajudá-lo a sequencializar e ele não se perder, não ficar tão disperso, porque ele também se perde um bocadinho, na sala. Quando ele ouve um barulho ou quando eu estou a dar um conteúdo diferente, porque a turma tem quatro anos e, ele direciona logo a atenção para outra atividade que não tem nada a ver com a dele. Pronto e é uma coisa nova e pronto, basicamente é isto que eu acho que pode ser feito.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: Olha, é assim! No caso do aluno que tem autismo, como já te disse ele não convive muito socialmente. Acaba por os colegas, porque gostam muito dele, interagem com ele, mas ele não é recíproco.

No caso do outro aluno que eu penso que tenha, é muito conflituoso fora da sala de aula. Acaba por arranjar problemas com os colegas porque é conflituoso, porque é mentiroso, mente muito, em casa à professora. Como é que hei-de explicar? Por vezes conta coisas que nem sequer, inventa, que nem sequer foram verdade. Já aconteceu ele ir para casa dizer que um colega lhe deu com uma vassoura, quando na realidade isso não aconteceu nada. Depois eu tive que chamar a mãe, porque a mãe acreditava nele e não sabia quem é que estava a falar verdade. Isto foi complicado para a mãe aceitar que o filho mentia. Por vezes os pais não aceitam que os filhos são hiperativos ou que mentem. Os nossos filhos são sempre os melhores!

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: Olha eu penso que vão ter implicações muito negativas se não forem tomadas medidas a tempo. Para já são alunos que no percurso académico não sei se poderão fazer um ensino superior porque implica muita concentração e estudo, não é? Estes alunos não conseguem e, este aluno que eu tenho que

não o autista, o outro, é um aluno que até oralmente mostra muitos conhecimentos, é um aluno que eu penso que até tem um conhecimento geral muito vasto, mas que depois no papel como tem esta dificuldade de se concentrar, não revela o que realmente ele é. Isso, depois na sua vida académica e na sua vida futura, pode-lhe trazer dissabores. E depois, eu penso que estes miúdos quanto mais erram, mais frustrados ficam e, se não tiverem a ajuda necessária poderão nunca ser bem sucedidos futuramente.

Tive uma aluna também, que teve, estou-me agora a lembrar, que tinha hiperatividade e que depois ela até seguiu um curso profissional e como era mais virado para a prática ela conseguiu. Mas tudo o que fosse académico, tudo o que implicasse muito estudo, muita concentração, ela não conseguia. Tudo o que fosse mais prático ela já conseguia fazer. Estás a entender? Eu penso que estes alunos se tiverem orientação necessária poderão ser bem sucedidos futuramente, porque com uma sequencialização das tarefas, mais virado para o gosto dele e, mais virado para a vertente prática eles até poderão ser bem sucedidos.

Entrevista nº 2

Identificação

Sexo: Feminino

Idade: 45 anos

Estado Civil: Casada

Filhos: 2 (1 no 4ºano e outra no 2ºano de Direito)

Formação Académica: Curso do Magistério Primário e Curso Complementar do 1ºCiclo

Tempo de Serviço: 22 Anos

Formação Especializada:

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Sim, ao longo do tempo, nós passamos por crianças de facto com estas características. Tento-me lembrar de algumas. Tive uma criança em V. M, o A..., realmente com hiperatividade. Esta criança estava a ser acompanhada no Hospital Pediátrico de Coimbra e era medicado. Pronto, realmente esta criança deu bastantes problemas já na escola. Tinha aquelas características que lhe prejudicava muito o aproveitamento escolar. Que ele no fundo, quando tinha aquelas fases em que andava melhor, também talvez devido à medicação. E depois era uma criança que era muito pelo estímulo, estímulo pelo aspeto positivo. Ele dava algum rendimento, depois pronto, associado também tinha a falta de desinteresse à escola e a outras características.

Neste momento, também tenho um aluno com algumas características de hiperatividade, que é o Domingos. Ele é uma criança que está sempre, tem que estar sempre a brincar com alguma coisa, com o material escolar. É sempre a mexer!

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Pois é mais esse aspeto. O facto de é ele estar sempre a mexer no material escolar, estar muito desconcentrado. Está sempre com o pensamento, a pensar noutras coisas. Ele também tem outros centros de interesse associado, não será só a hiperatividade.

Com défice de atenção e concentração, neste momento tenho dois alunos que se situam mesmo bem neste quadro, que é a Èmilie e o Carlos. O Carlos já está referenciado, já é um aluno que já faz parte do 3/200. A Èmilie, fiz-lhe agora o processo do plano de recuperação e também já fiz a referenciação, para ver se ela é integrada, porque aqui há lacunas de facto neste sentido.

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: De facto estas características, a analisá-las, todas elas apontam para estes, pronto são características que causam a tal perturbação. Mas, apesar delas serem características dessas, há umas que eu realmente saliento mais.

A primeira, a número um, não dá atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas atividades.

A número quatro, levanta – se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.

A cinco, não escuta, quando se fala com ele diretamente. Aqui então, esta característica demonstra mesmo, que está constantemente com outros interesses.

Parece inquieto, aquela coisa, aquela ansiedade de estar sempre a mexer, sempre a necessidade de estar a mexer nalguma coisa.

Não segue as instruções e não termina o trabalho. Não há concentração aqui, não está a seguir aquelas instruções todas.

A nove, tem dificuldade em organizar as tarefas. Muito, muito, muito. No ano passado, estou-me a lembrar também dum aluno que tinha no ano passado, muito com estas características. Aqui com a sete e a nove.

Parece sempre ativo como se estivesse ligado a um motor. Pronto são crianças que estão sempre a mexer, sempre com alguma. Essa por exemplo é mais o

Cláudio. É engraçado porque é assim, há crianças que nem todas elas têm este conjunto das características do quadro. Há umas crianças onde se salientam mais umas características e noutras, outras. No entanto, ao Cláudio embora prejudique alguma coisa, mas talvez devido ao ciclo em que ele se encontra, ao primeiro ano, ainda, apesar de ele ter esta característica, apreende, é uma criança que até consegue apreender.

E depois as outras, aqui, penso que elas até estão todas.

Evita, rejeita e mostra relutância em trabalho que requeira esforço mental, sim acabam por ser um bocadinho preguiçosos e no aspeto da concentração também não se, pronto. Nós muitas vezes, dizemos que eles não se esforçam, mas realmente é porque falta alguma coisa na cabecita deles.

Falam excessivamente. Falam, pronto se calhar nem se dão conta que estão a falar. Falam, falam. É o caso do Cláudio também.

Distrai – se facilmente, a quinze também. Muito.

Tem dificuldade em esperar pela sua vez, também. Sempre muito ansiosos. Querer, querer, querer.

E esta última também. Interrompe e interfere nas atividades dos outros. Interrompem muito, muito os outros colegas também.

Pronto de uma maneira geral são mais estas.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: Eu penso que em relação à hiperatividade, que se calhar, também por trás muitas vezes terão distúrbios emocionais. Quanto muito, crianças com falta de ambiente familiar estável, falta de regras, falta também de alguma exigência e acompanhamento em casa. Outras crianças será mesmo características intrínsecas, sei lá, da criança. Em relação ao défice de atenção, concentração, acho que é muitas vezes a falta de estímulo, de métodos, de métodos de trabalho, porque também a concentração, também se estimula. Também há ajudas que muitas vezes são é diagnosticadas e despistadas na escola já um bocadinho tardiamente. E depois mais difícil com as turmas que temos, também não damos a devida atenção e devido apoio a estas crianças.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: O diagnóstico é importantíssimo e deve ser o quanto antes claro, no Jardim de Infância.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: Estas estratégias, para já quando são crianças com estas características temos de ter também o apoio de um técnico. E esse técnico conduz sempre um determinado, indicia – nos sempre uns determinados itens em que temos de atuar. São os tais, muitas vezes são jogos, jogos de concentração, pronto, às vezes até são pequenos truques, mas que ajudam pelo menos a minimizar.

Mas também é assim, estas turmas com quatro anos de escolaridade nada ajudam estas crianças, porque nós temos de nos virar para todos. Pronto, porque eu acho que passa muito por um trabalho individualizado, o que é difícil.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: São crianças também um bocadinho conflituosas por vezes, mesmo fora da sala de aula. Acabam por ter falta de regras, falta de saber estar em grupo, falta de, os comportamentos sociais acabam por ser prejudicados, acaba por ser, não estão bem definidos, porque é uma criança que está sempre... A criança hiperativa é ela também um bocadinho, o centro, gere-se à volta do seu mundo e depois tem dificuldade em se relacionar.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: Se calhar são crianças um bocadinho impulsivas, mais se calhar as hiperativas. Acabam por ser crianças um bocadinho impulsivas. Pronto, porque essa parte, se calhar por não ser trabalhada o suficientemente. Reagem em situações! Pronto e são crianças com dificuldades de aprendizagem, porque não se concentram, estão sempre dispersas.

- E na vida futura? Crescendo o que é que será?

- Na parte social?

- Sim.

R: Nessa parte, julgo que serão adultos bastante impulsivos e acabam depois por transmitir também esta impulsividade a quem os rodeia e se calhar também a falta de regras e a falta de hábitos.

- Quer dizer mais alguma coisa? Ou considera que está?

R: Pronto, é assim! Eu gostava de saber mais, às vezes como resolver estas situações. Mas acho que o que nos falta mesmo é o trabalhar em equipa. Não temos técnicos assim, aqui para nos ajudar. Porque, então o défice de atenção e concentração, nós temos, deparamo-nos todos os anos com crianças com estas perturbações.

Entrevista nº 3

Identificação

Sexo: Feminino

Idade : 57 Anos

Estado Civil : Casada

Filhos: 2

Formação Académica : Professora do 1ºCiclo

Tempo de Serviço : 32 Anos

Formação Especializada: Não tenho

Qual?

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Sim, com falta de atenção. Tenho encontrado bastantes alunos. Na minha escola agora, pois encontram-se alguns que têm bastantes dificuldades, principalmente um.

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Muito irrequieto, falador, levanta – se bastantes vezes. São algumas das características.

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R:- Não dá atenção aos pormenores ou comete erros por distração

- Sim, movimenta muitas vezes os pés e as mãos, mesmo sentado.
- Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, sim tem também às vezes.
- Sim, levanta-se na sala de aula com bastante frequência.
- Sim, também não escuta quando se fala com ele diretamente
- Sim, não segue as instruções e não termina o trabalho
- Sim, tem dificuldade em organizar tarefas e atividades
- Parece ativo, mas por vezes ele não, parece que não está cá. Parece que está ausente.

- Evita, rejeita e mostra relutância em trabalho que requeira esforço mental (trabalhos escolares) sim,
- Fala mais ou menos. Ah, fala bastante!
- Precipita as respostas, sim.
- Distrai-se facilmente também.
- Tem dificuldade em esperar pela sua vez, também.
- Interrompe ou interfere nas atividades dos outros, sim esta também.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: Por falta de interesse e, como é uma criança muito irrequieta, depois não mostra grande interesse pelas atividades.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: Quanto mais cedo for reconhecido melhor é para a criança, para ver se ela recupera mais rapidamente.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: Aproximá-lo mais do professor, dar-lhe todo o apoio possível e tentar que ele se mantenha com mais atenção durante a aula e mais interesse, claro.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: Por vezes é um bocado conflituoso, por vezes é amigo com os outros, mas por outras vezes causa algumas perturbações.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: São crianças que não têm tantas possibilidades como outros que têm outras aprendizagens e, sempre com mais dificuldades ao longo da vida.

Entrevista nº 4

Identificação

Sexo: Feminino

Idade : 39 anos

Estado Civil : Casada

Filhos: 2

Formação Académica : Licenciatura em Ensino

Tempo de Serviço : 14 anos
Formação Especializada: Não tenho
Qual?

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperactividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Sim. Sim. Este aluno está diagnosticado com hiperatividade e frequenta o 1º ano de escolaridade, 6 anitos. E também já tive um aluno, no 2ºano de escolaridade, foi diagnosticado, foi encaminhado para consultas de desenvolvimento e, posteriormente foi medicado com Ritalina. E a partir daí melhorou bastante o seu desempenho escolar.

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Uma criança irrequieta, está sempre a mexer-se, a mexer nos objectos escolares, nos seus e nos dos colegas, levanta-se com frequência, não consegue estar muito tempo a trabalhar, tem períodos de concentração muito reduzidos, desmotiva-se com facilidade nas tarefas e essencialmente é isto.

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: 1- Sim, acontece mas não é o que considero mais grave.

2- Sim este comportamento acho que é bastante perturbador porque incomoda os colegas

3- Sim, considero este um dos aspetos importantes porque não consegue, este tipo de crianças não consegue manter-se muito tempo concentrada

4- Sim, acontece muito esta situação. É o que se verifica muito neste que eu tenho agora.

5- Escuta, mas depois se calhar não executa o que se disse.

6- Sim, muito inquieto, muito irrequieto, não consegue estar quieto, sim.

7- Sim neste aspeto também considero que este tipo de crianças têm dificuldade em terminar aquilo que começam. Começam várias coisas mas não terminam nada. E a seguir instruções também têm muita dificuldade.

8- Penso que não é dos mais, evidentes. Mas pronto, tudo o que implique estar concentrado a fazer uma atividade com tranquilidade, reflete.

9- Sim, tem. Como não conseguem estar muito tempo concentrados a fazer uma coisa, também não conseguem dedicar muito tempo a essa organização.

10- Sim. Tem energia ou “bichos carpinteiros”, como nós costumamos dizer. Tem energia a mais.

11- Sim. Esta considero muito relevante, porque eu até considero “ esta relutância” a frustração. Têm pouca capacidade de frustração. Quando não conseguem fazer qualquer coisa, ficam mais excitados.

12- Não penso que seja muito evidente. Falam, mas atendem quando lhe chamamos a atenção, atendem.

13- Sim, mesmo em contexto de sala de aula perde objetos, ou então, não os trás de casa para a escola.

14- Sim. Não tem calma para esperar, para ouvir uma pergunta. para depois responder.

15- Sim muito. Tudo é um estímulo, tudo o que o rodeia é um estímulo à desconcentração

16- Sim. Lá está a impulsividade. São impulsivos reagem logo

17- Só posso avaliar a nível de sala de aula, mas esquece-se não é muito cuidadoso com essa parte.

18- Muito. Quer quando se levanta e vai mexer nas coisas dos outros ou quando vai falar com alguém. Sim interrompe, sim interrompe.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: Causa...,podem ser hereditárias; pode ser por exemplo : a gravidez da mãe foi muito... muito agitada e pode ter transmitido isso ao feto, não é ?; sei lá, até um ambiente familiar em casa instável, também pode levar a criança a ser mais activa. E penso que são essas.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: Eu considero muito importante porque havendo tratamento, é importante que se diagnostique para que a criança,...lá está, como eu tive aquele menino, já noutra escola. Só quando ele foi diagnosticado e ele foi medicado é que ele conseguiu começar a produzir trabalhos, claro. Até aí ele não conseguia avançar nas suas aprendizagens.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: O ensino mais individualizado, o reforço positivo, o apoio, o envolvimento dos encarregados de educação, basicamente.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: A ideia que eu tenho em relação com os colegas é boa! A relação com os colegas é boa, normalmente os colegas dão-se sempre bem com este tipo de crianças e até gostam de fazer parte, de incluí-lo nas brincadeiras, porque ele é mais..., como é que eu hei-de dizer? É mais dominante! O temperamento dele, eles gostam de jogar com ele porque ele controla as coisas e, gosta de ser líder.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: Esta perturbação tem implicações na vida do aluno se o aluno não for, se não lhe for diagnosticado, se ele não for medicado, se não forem tomadas medidas a nível de sala de aula e de família, ele tem muita dificuldade em progredir nas aprendizagens, porque está muito limitado. Essa hiperatividade é superior a ele, ele não consegue controlar, não consegue por isso estar concentradinho a trabalhar e então não progride nas aprendizagens.

Sim e na vida adulta, na vida futura? Noutros aspetos

Na vida adulta, penso que talvez, se não foi medicado, se não foram tomadas medidas para resolver essa situação, creio que vai ter problemas, este adulto vai ter problemas. A integrar-se, na vida ativa, etc. Se por outro lado for diagnosticado e acompanhado, penso que poderá ter uma vida normal como qualquer outra pessoa, pois com dias menos bons igual a nós.

Entrevista nº 5

Identificação

Sexo: Feminino

Idade : 55 anos

Estado Civil : Casada

Filhos: 2

Formação Académica : Licenciatura

Tempo de Serviço : 33 anos

Formação Especializada: Não tenho

Qual?

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperactividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Diagnosticado propriamente não existe nenhum, diagnosticado não existe, mas aquele, penso que existe um aluno, que é um aluno do 4ºano.

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Olhe, as atitudes começa pela postura, toda a postura que ele tem. É um miúdo que nunca está quieto no seu lugar, não está numa posição correta. Ora está virado para trás, ora está virado de lado. Para a frente dificilmente está. É um aluno que se levanta constantemente, por mais que seja avisado. S....., senta-te!. O S nem se dá conta. Ah! É outro aspeto que ele tem. Quando nós falamos ou outro colega fala, não se dá conta que fala também. Às vezes estou eu a explicar qualquer coisa, e ele está..., tem dias que está intermitentemente a falar, constantemente a falar. Às vezes paro eu, para ele se ouvir, para se ouvir que está a falar. Tem toda esta postura e depois o mexer do corpo. Mexe em tudo, desorganiza tudo, o material cai-lhe todo da mesa, todo o material vai para o chão. Por vezes vai a metros de distancia, não é ? Realmente toda esta postura e claro, alguma falta de atenção que ele demonstra.

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: 1- É o caso dele. Não dá atenção aos pormenores. Sobretudo comete erros por descuido nas atividades.

2- Ah, este assenta lindamente. Movimenta excessivamente os pés e as mãos quando está sentado. Ele não está sentado quieto. Ainda hoje, lhe disse ó..., hoje ele parecia um autêntico cãozinho, Teresa. Toda a postura dele era ... (a professora exemplificou, fazendo com as mãos) qualquer coisa, percebe? Parecia que estava a roer um osso e os pés e tudo.

3- Ele também tem dificuldade em manter a atenção em tarefas, porque às vezes perde-se, já não sabe onde vai. Há casos, por exemplo: algoritmos, algoritmos, em que ele tem de ficar mais sozinho, às duas por três, já não sabe onde é que vai. Perdeu-se completamente.

4- Levanta-se na sala, sim, ou noutras situações em que se espera que esteja sentado. Sim, muito, muito levantar na sala.

5- Enfim, aí não é o ponto que eu acho que é mais problemático. Se eu falar diretamente com ele até acaba por me ouvir.

6- Parece inquieto. O que é este inquieto? Inquieto de estar preocupado? Não me parece, não me parece que seja.

7- Às vezes é verdade! Às vezes faz isto! Ele não segue as instruções. O não terminar o trabalho não é bem o caso, na sala de aula ele até o termina. Se for trabalho de casa, muitas vezes ele não termina o trabalho que tem para fazer. Mas é engraçado, eu via isso como, algo diferente. Pronto, depois falamos disso, esse aspeto a gente depois fala daqui a bocadinho.

8- Tranquilamente, ele tranquilo ele não é capaz.

9-Tem, tem dificuldade em se organizar. Todo ele organizar seja o que for.

10- Ah, pois parece oh Teresa. Autentico motor.

11- Não, não acho que É assim, se for sozinho, ele sozinho deixa, não importa as coisas, mas se for em interação ele colabora. No fundo há qualquer coisa que o prende, não é? está ali a obrigá-lo a estar atento. Agora ele sozinho, realmente ele abandona o trabalho, deixa pasta, deixa mochila, deixa tudo.

12- Fala excessivamente, fala. É qualquer coisa!

13- Ah pois perde, perde tudo! Ele não tem praticamente material escolar.

14- Ah, esta encaixa perfeitamente nele! Essa que nem me lembrei de referir. Eu ainda não estou a acabar de fazer a pergunta e ele já está a dar a resposta. Olhe, que isto é impressionante! Por acaso não me ocorria falar desta.

15- Distrai

16- Isto têm todos.

17- Esquece, sobretudo as atividades do dia a dia, aqui da escola. Por exemplo é um menino que, contam-se bem pelos dedos, mas isto sempre coincide, as vezes que ele completa um trabalho de casa, ou não faz ou faz parte só. Deixa sempre qualquer coisita. Depois fica a sorrir, assim. Coça a cabecita, fica ali um bocadito atrapalhado.

18- Interrompe, mas não é muito grave, os outros também. Eu não vejo que este seja o aspeto mais preocupante.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: Pois, não sei bem Teresa! Mas acho que a criança nasceu já um bocadinho assim, depois falta-lhe a tal organização. Educado, falta-lhe ser educado para

ser responsabilizado, para ser organizado, para ter método, as coisas têm método, tudo se faz com método...

P: Quando diz educar é no sentido de regra, de organização?

R: Sim, sim, educado nesse sentido, porque ele é uma criança educada, de resto é. Não, é no sentido de haver regras, de haver método, de haver organização. É assim, nós fazemos uma sopa, temos ...começa-se primeiro por uma coisa, depois por outra e depois por outra. E ele é em tudo, começa, isto é autêntico, parece que começa em tudo ao contrário. Às vezes a brincar digo-lhe: ó Samuelzito qualquer dia vais com a cabeça no chão e as pernitas no ar! Sabe quem olha muito para ele é a Maria (a prima). A Maria fica assim com um ar, a olhar para o primo, como quem diz. A Maria tem uma postura muito interessante, muito responsável na sala de aula. Acho que é sobretudo isso, e aí não sei que mais dizer, porque quem. Pois, acho que é isto que lhe falta.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: Ai, acho que é importantíssimo. É assim, mas como chegar a um diagnóstico com uma criança destas? Se, eu, eu. Esta mensagem, eu já passei à mãe : da desorganização, da falta de método, da falta de responsabilidade. Acho que aquela mãe não a percebe na totalidade. E eu não tenho coragem e com que direito? Direito se calhar até enfim, na qualidade de professora, mas eu não tenho coragem, também, quer dizer, eu não sou, acho que eu tenho receio de dizer assim: o seu filho é hiperativo! Tem que ir junto de alguém para ver se é ou não. Quer dizer, nunca sequer lhe referi a palavra. Está a entender? Penso nela mas não lha refiro.

Agora que o diagnóstico era importante, era, importantíssimo para ele e para outro tipo de crianças. Porque se calhar a partir do diagnóstico, percebia-se se sim ou não e, havia uma atitude, uma ação diferente. Que se não se fizer, sabemos que às vezes há coisas, que quando já vêm tardiamente, já não se resolvem. E há outras, que já nem se chegam a fazer. Pior ainda. Acho que sim. o diagnóstico era importante.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: Pois, acho que o professor deve ser o primeiro elemento a indicar porque no fundo é o professor, que é assim , em contexto escolar, não é? Pois em casa o pai, a família também poderá indicar. Mas em contexto escolar acho que o professor tem obrigação de proceder hoje em dia, se é só um miúdo que mexe, que é irrequieto ou se é algo mais. É assim.

E ao nível de intervenção, o que pode fazer com ele?

R: Pois, se calhar exigia um trabalho mais individual, individualizado. Agora, é verdade é que não há tempo. Mas se calhar no trabalho individualizado, em que eu pudesse estar ali junto dele, de certeza que a criança sabia que tinha alguém ali e, se calhar tinha mais cuidado. Pronto, eu não vejo em contexto escolar o que é que se poderia fazer mais. É assim, jogos não sei, eu não tenho conhecimentos suficientes para fazer algumas quês, algumas técnicas com ele, não tenho. Não sei, poderá haver, eu não sei. Não tenho conhecimento, mas o trabalho individualizado sim, é fundamental.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: É assim, ele é um miúdo afável, neste caso, é um miúdo afável, não é um miúdo bulhento, não é mau. Agora, ele, até se torna um tanto cómico no meio dos colegas. Às vezes é um bocadinho bobo, sem querer ser. Enquanto que , por exemplo, o Francisco é bobo quando quer ser, mas ele tem consciência que está a ser, o Samuel não. E aí os pares acham-no simpático, gostam dele. Sim, mas ele não tem consciência que às vezes é bobo. Percebe? A relação, neste caso ele tem uma boa relação com os seus colegas, não, não é agressivo de todo. Não, é raríssimo que ele entre em discussão, em agressividade com alguns colegas, não, não.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: Pois tem, tem. Tem implicações porque a parte cognitiva altera o rendimento escolar e depois pode ter implicações noutra âmbito. Porque eu penso, que neste caso, esta criança sabe que tem boas capacidades, mas depois na escrita, nos resultados, os resultados não coincidem, não são assim tão bons. Não são não. Não têm sido assim tão brilhantes e, eu não sei se depois isso às vezes não fará com que ele, olha, deixe correr, deixe correr, se desinteresse, não sei. Ele desinteressado foi sempre. Desinteressado, como é que hei-de dizer? Ele, a parte oral, ele está atento de um modo geral. É depois tudo o que for debruçar-se ele sozinho, ele só, trabalho dele próprio, ele, individualidade, aí é que já é uma grande dificuldade, porque o resto não. Pois, não sei, no futuro, enfim, e isto para não querer ir para outro lado, porque, também, mas isto são, é o que eu penso, posso estar enganada e Deus queira que sim. Que isto não tenha depois outras implicações.

Na vida quês, social?

R: Na vida social.

Entrevista nº 6

Identificação

Sexo: Feminino
Idade: 55 anos
Estado Civil: Casada
Filhos: 2
Formação Académica: Professora do 1º ciclo do Ensino Básico
Tempo de Serviço : 30 anos
Formação Especializada: Não tenho Formação Especializada
Qual?

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Sim, sim. No ano anterior tive uma criança com hiperatividade e défice de atenção, bastante acentuada.

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: São crianças que não estão com atenção, perturbam bastante a aula, criam muitos atritos com os colegas, são marginalizados perante a turma, não conseguem estar com muito tempo de atenção durante as aulas, levantam – se e por vezes criam conflitos bastante graves e não obedecem.

3- Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: 1- É verdade, ele mantém - se distraído, ausente e quando vai para fazer qualquer atividade comete muitos erros.

2- Também está correto porque a criança está sempre em movimento, levanta-se, deita-se na cadeira. Faz muitos movimentos. Tem que estar sempre a ser chamado à atenção

3- Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas porque vive quase num mundo só dele. Não está, não participa nas aulas quando estamos a dar qualquer coisa de novo e está sempre no mundo dele.

4- Levanta-se na sala de aula vai ao quadro, vai ao caixote do lixo e noutras situações não está muito tempo sentado. Faz muito barulho com cadeiras, com mesas, com o material que deixa cair muitas vezes no chão.

5- Não escuta quando se fala com ele diretamente porque sente, sei lá, irrequieto. A atenção dele está virada para outros interesses ou qualquer objeto que ele tenha à frente, desvia muito a atenção para esses pormenores.

6- Parece muito inquieto por vezes. Traz muito de casa, por vezes da sua vida familiar e depois pensa no que está a fazer e traz para a escola, essas perturbações que já vêm de casa e, fica muito irrequieto.

7- Não segue as instruções e não termina o trabalho, o trabalho fica inacabado. E por vezes vai ao fundo do trabalho e volta ao princípio e deixa no meio. Outras vezes deixa as perguntas incompletas. Responde sem atenção ao que está a fazer.

8- Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer – Não participa, é um aluno que por vezes não participa nos jogos porque não obedece a regras de jogo. As regras para ele, não consegue mantê-las e quer por vezes também a atenção muito recaída, sobre ele e ele ser o líder. Tem dificuldade em aceitar às vezes as regras do jogo.

9- Tem dificuldade em organizar as tarefas e as actividades, é muito desorganizado, mesmo nos dossiers, as folhas encontram-se sempre desorganizadas. Não há uma, não, não... mistura Português, Matemática, Estudo do Meio. Não tem um dossiê que se possa ver perfeito.

10- Parece sempre ativo como se estivesse ligado a um motor - é uma verdade, ele está sempre, até com tiques. Quando é chamado à atenção por vezes, ele próprio se mutila a ele próprio. Aperta as mãos, põe a camisola na boca, aperta os braços, está sempre em movimento. É uma atividade exagerada, já que mesmo no seu, sentado no seu lugar ele mantém-se sempre muito ativo

11- Evita, rejeita e mostra relutância em trabalho que requeira esforço mental - Não se concentra, não quer pensar. Quando qualquer cálculo o faz trabalhar, quando nós fazemos trabalhar o cálculo mental, ele não, não está concentrado no trabalho e responde rapidamente sem mostrar grande interesse naquilo que faz. É para terminar o trabalho rapidamente.

12- Fala excessivamente, quer contar tudo o que se passa na vida dele. Não espera que os colegas acabem de contar, quer ser o primeiro a falar e levanta-se para vir ao pé da professora para falar rapidamente e eleva a voz muito alto para abafar a dos colegas. Levanta-se e puxa e manda calar até por vezes os outros.

13- Perde objetos necessários às tarefas ou trabalhos escolares - Não tem lápis, não tem afia, não tem nada e, na pasta até trás outras coisas que não têm interesse: chaves de casa, telemóveis, outro tipo de material que às vezes não é necessário às tarefas normal. E o próprio, o material que deve trazer não o trás, lápis, afia, esse material que é para o dia a dia.

14- Precipita-se nas respostas antes que as perguntas tenham terminado, já quando estamos a fazer a pergunta ele pensa que sabe e responde

rapidamente e depois verifica que afinal não era aquilo e acaba por criar risos e, confusões dentro da sala, que depois acaba por não aceitar.

15 - Distrai-se muito facilmente como disse anteriormente porque qualquer ou até um simples lápis a cair ele fica a olhar, uma mosca, uma coisa qualquer, tudo o faz distrair.

16- Tem dificuldade em esperar pela vez, como também foi frisado já atrás. Não deixa que os colegas falem e não ouve os colegas.

17- Esquece-se com frequência das atividades do quotidiano, normais, da vida dele e, camisolas, pendurar os objetos, as camisolas no cabide, dos chapéus de chuva, dos cadernos na mesa, de tudo, esquece-se muito facilmente

18-. Interrompe e interfere nas atividades dos outros – Muitas das vezes os colegas estão a trabalhar concentrados ele levanta-se vai ao lugar dos colegas e tira o material e cria confusões. O material dele por vezes também, o que acontece é que ele quando é chamado à atenção parte, rasga e destrói completamente tudo. Destrói, não gosta de ser chamado à atenção. Acaba por destruir e perturbar de caminho o ambiente de aula.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: Eu julgo que muita das vezes é o ambiente familiar não lhe proporciona um crescimento com calma, com educação. Há muita confusão familiar e as crianças por vezes vivem essa confusão familiar e transmitem, trazem para a escola às vezes esse, o que se passa no ambiente familiar e que os irrita também. Julgo que é mais devido a uma educação que trazem de casa.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: Logo que se detete, que a professora detete que existe qualquer coisa de anormal nas crianças, eu acho que é importante diagnosticar e encaminhar a criança para ir diagnosticar-se novamente. O que se passa com ela ou que, quanto mais depressa se é diagnosticado o problema da criança, mais depressa a professora começa a trabalhar e a compreender o que se passa com ele. Por vezes, é um trabalho que não sabemos porque é que a criança está a reagir assim e ela tem um problema atrás.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: Para mim, eu acho que deve haver compreensão, um diálogo, muito diálogo com eles, para saber a origem, porque é que estão assim. Trabalhos muito pequenos que requeiram muito pouco tempo de concentração, de estar ali concentrados. Trabalhos que os motivem, que eles gostem de fazer e, depois

canalizar a atenção dele para outros e tentar que eles se integrem bem na turma, para que arranjam amigos e os problemas deles sejam superados, o mais rapidamente possível.

7- Como descreve as relações do aluno hiperactivo com os seus pares?

R: Com os amigos, eles têm muita dificuldade em sociabilizar-se porque são muito, são muito dominadores, tentam cativar os amigos com objectos que trazem de casa, são muito conflituosos, qualquer coisa entram em zanga e disputa, são, comparam muito o que fazem com os colegas e acham-se os maiores sempre. E têm muita dificuldade em brincarem com os colegas, por vezes procuram os mais, os amigos mais infantis para conseguirem dominar e mandarem e imporem aquilo, as regras que eles querem nos jogos.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: Se não é diagnosticado muito cedo, estas crianças fazem o percurso escolar muito difícil, não conseguem aprender, desinteressam-se pelas actividades escolares, começam a ser maus alunos no aproveitamento e a escola para eles não lhes diz nada. E começam cada vez mais a sentirem dificuldades na vida.

Futuramente para serem uns bons profissionais, não têm aquelas bases que deviam ter e, começam a ter, a ser uns adultos muito conflituosos, que a sociedade por vezes os incrimina e, não sabe a razão porque é que eles são assim e, são marginalizados.

Entrevista nº 7

Identificação

Sexo: Feminino

Idade: 53 anos

Estado Civil: Casada

Filhos: 2

Formação Académica: Professora do 1ºCiclo

Tempo de Serviço: 33 anos

Formação Especializada:

Qual?

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

.R: Neste momento só tenho com défice de atenção. Talvez também um bocadinho de hiperatividade.

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Por exemplo, neste ano letivo, já tive outros noutros anos. Esse, sim, talvez fosse mais hiperativo, não parava de balouçar com a cadeira, os pés, sempre em movimento. Este ano um bocadinho mais reservado, mas com um poder de atenção muito fraco, um défice de atenção muito reduzido, portanto ela não consegue se concentrar minimamente. Ou está sempre a mexer nos dedos, ou sempre a bater na carteira, os pés muitas das vezes está sempre a fazer barulho e não é normal.

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: No número 1, não dá atenção aos pormenores, tem que estar sempre a ser chamada à atenção. Acaba por cometer erros porque como não está com atenção, não lê e não responde com o que é pedido.

No número 2, movimentava excessivamente os pés e as mãos, sim Este ano acontece com a aluna. Move-se muito quando está sentada, mesmo com a cabeça, os cabelos, está sempre a mexer com as mãos

No número 3, tem dificuldade em manter a atenção em tarefas mais do que nas atividades lúdicas. Revela muito mais dificuldade nas tarefas que lhe são propostas. Têm de ser tarefas muito reduzidas, e tem que estar sempre com apoio individualizado, sempre a chamar atenção para estar a entender o que está a fazer.

4 - Levanta-se com frequência também, na sala de aula. Quando estou a chamar outras crianças também não consegue ficar sossegada. Portanto, noutras situações em que ela poderia estar calma ou sossegada, não. Se a chamo ou estou a brincar mais, ou chamo mais a atenção a outro aluno, ela quer ser o centro das atenções. Está sempre a tentar e a olhar para o que estamos a fazer, e levanta-se mesmo para vir ter connosco.

5 - Não escuta quando se fala com ela diretamente, aqui não noto assim tanto isso. Embora estou a falar com ela diretamente, ela por vezes fica parece alheia.

6 - Parece inquieto, muitas vezes, revela muito esta inquietação.

7- Não segue as instruções e não termina o trabalho, isto de seguir as instruções, tenho de estar constantemente, a chamar. Ela faz, passados dois minutos já está “ mas o que é para fazer aqui?”. , portanto vê-se mesmo que é défice de atenção. Ela não consegue seguir a instrução que lhe dou até ao fim. E por vezes não termina o trabalho porque depois não tem tempo para o terminar.

8 - É o ponto forte desta aluna. Gosta muito mais de jogar e de atividades que não estejam relacionadas com a escola. Do lúdico ela gosta. E já o outro aluno se notava isso. Talvez não lhe diga nada o aprender, sei lá.

9 - Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades, muita dificuldade. Não são criativos nem autônomos, nem em organizar as atividades deles e as tarefas muito menos. Só quando a gente lhe propõe, faz isto ou faz aquilo. Pronto, lá vai conseguindo fazer.

10 - No 10, parece sempre ativo como se estivesse ligado a um motor, aqui com o caso desta aluna, este ano não acontece muito isto, embora esteja sempre a mexer, mas não é em demasia. No ano passado, com o aluno que tinha, sim, estava sempre, constantemente, não parava quieto. Muitas das vezes a gente até lhe dizíamos, parece que tens “bichos carpinteiros”. Que é o que se costuma dizer.

11- Evita, rejeita e mostra relutância em trabalho que requeira esforço mental. Muito, aqui é mesmo muito, muito. Acho que eles têm muita dificuldade, eles levam a vida mais na brincadeira., do que propriamente no sério.

12- Falam excessivamente, também se nota muito nestas crianças. Estão sempre a conversar, querem ser sempre o centro das atenções. Não deixam falar mais ninguém. A aluna deste ano quando a gente não deixa, amua. Pode acontecer, se a gente diz não, não é a tua vez, fica mesmo amuada.

13- Perde objetos necessários às tarefas ou trabalhos escolares, é um ponto também muito forte e acabam por levá-los à mentira. Está a acontecer isto. Às vezes eu peço, agora vamos trabalhar com isto...”ai, ó professora não tenho cá”. E quando vou a ver está na mochila. Não sei, e eu já lhe disse que vale mais ser verdadeiro, do que estar ali a mentir. Não sei se é próprio destes alunos, mas estou a notar isso.

14- Precipita as respostas antes que as perguntas tenham terminado. Muitas vezes também acontece. No ano passado, o Alexandre era uma coisa, ele nem deixava eu perguntar e ele já estava a querer dar a resposta. Às vezes nem estava dentro do contexto. Acabava por errar porque não ouviu, a precipitação, logo.

15-Distrai-se facilmente, com qualquer coisa é verdade, com o lápis, com a afiadeira, com a borracha, Qualquer coisa dá para eles se distraírem.

16- Tem dificuldade em esperar pela sua vez, também se nota bastante. Embora eles aqui tenham a regra de levantar o dedo, quando é para fazer qualquer atividade ou responder, querem ser sempre os primeiros. Não conseguem esperar para o fim.

17- Esquece-se com frequência das atividades quotidianas, também é verdade. Pequenas atividades que se façam do dia a dia, até, a aluna não se lembra. Do fim de semana, que a gente fala muita vez, não se lembra. Não sabe dizer onde foi e o que fez. Não sabe. Esquece-se com muita frequência.

18 - Interrompe ou interfere nas atividades dos outros. Interromper sim, interferir não, não noto. Interromperem muita vez, mesmo aqui como tenho os três anos de escolaridade, temos um ano mais abaixo, o 2ºano, aí às vezes queremos brincar um bocadinho, na hora entramos mais na brincadeira e então está sempre a interromper. Porque também quer, lá está, é o lúdico! É a parte que lhe agrada mais.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: Neste caso, este ano, eu acho que é mais de genética, pronto verifica-se a aluna é bem educada. O aluno do ano passado, não sei se teria alguma coisa de genética, se seria enquanto ele foi mesmo bebé. Ali os comportamentos de casa, portanto os pais não estavam com ele, ele ficava com os avós. Tinha um primo que era muito calminho e, aquele menino é que era sempre o mau da fita. Porque nunca estás quieto, porque fazes tudo mal. Não sei se a autoestima dele também aí, foi um bocadinho a baixo e, depois fazia coisas se calhar para dar nas vistas. Não sei se seria senão seria, eu não sou médica, não sei. Mas eu entendia também muitas das vezes isso.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: Eu acho muito importante porque, para alertar o próprio professor, os próprios pais para que a gente tome uma medida certa para tratar com estas crianças. E assim eles estarem mais interessados nas atividades que estamos a fazer e conseguirem obter resultados mais satisfatórios.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: Ensino individualizado, um apoio, tem que ser mesmo assim, trabalhos reduzidos que não podem ser muito longos, um bocadinho na bases do jogo que é para eles se entusiasmarem mais, estarem mais motivados para aquilo que estiverem a fazer, estarem mais situados talvez perto do professor, estar na sala de aula num sítio em que possam observar os colegas todos, acho que isso também é importante. Se a gente os põe à frente estão sempre virados para trás, a ver os outros. Então eu acho que eles têm de estar num ponto da sala, que consigam observar tudo.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: Por vezes não são bem aceites. Verificava-se muito bem isso, tanto para as brincadeiras como para os jogos são sempre os últimos a serem escolhidos. Como querem ser número um, como querem ser líder, por vezes ficam para o fim. Aqui neste grupinho, eu acho que os alunos são todos muito amigos, gostam de se ajudar uns aos outros. Tentámos, com todos, eles viam o feito de cada, das crianças, tentavam sempre ajudá-lo. E cada um no seu tempo, sei lá, o que é que eu hei-de dizer aqui? Acabavam por se entender porque e acabavam por aceitar e tentar ajudar. Embora eles sejam, via-se no ano passado no Alexandre, via-se que ele era por vezes agressivo com os colegas. Só que às vezes eu chamava a atenção “Alexandre contem-te!” e, ele já fazia mesmo aquele esforço para ...”eu sei, eu sei”. E continha-se. E como não temos outros meios no nosso ciclo e não temos ninguém que nos ajude, tinha que ser essa forma, entre os próprios colegas e o professor. E ele próprio.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: É muito complicado porque estes alunos não aprendem como os outros. Ficam sempre com os resultados académicos um bocadinho mais a baixo e, na vida futura não sei se isto também não virá a acompanhar e perturbar, tanto a nível pessoal, como a nível académico, na sua formação. Acho que tem muita influência.

Entrevista nº 8

Identificação

Sexo: Feminino

Idade: 51 anos

Estado Civil: Casada

Filhos: 2

Formação Académica: Licenciatura

Tempo de Serviço: 27 anos

Formação Especializada:

Qual?

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Sim já encontrei algumas, com algumas dificuldades, com sintomas de hiperatividade. Neste momento não tenho escola porque não estou a assumir uma turma. Se bem que na escola onde estou a dar apoio há uma criança que tem sintomas de hiperatividade.

E está diagnosticado?

R:Sim

E está medicado?

R: É medicado sim!

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Muita falta de atenção, quando se fala diretamente com ele às vezes parece que não está a prestar atenção, os trabalhos ficam muito incompletos, está sempre a mexer, levanta-se frequentemente. São as principais sim.

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: 1- Não dá atenção aos pormenores ou comete erros por descuido, isto acontece muitas vezes.

2- O movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado, está sempre irrequieto, é um deles.

3- A dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, também.

4- A quatro não porque não se verifica nada.

5- Não escuta quando se fala com ele diretamente, por vezes, isso acontece bastante.

6- Parece inquieto, isto, eu estou a falar isto sem medicação. Porque se for com medicação a criança torna-se, esta de que estou a falar, está mais sossegado com a medicação. Á tarde por exemplo já tem um comportamento completamente diferente.

7- Não segue as instruções e não termina o trabalho. Isto é frequente não terminar os trabalhos ou quando os faz, faz sem grande cuidado. É fazer por fazer, muitas das vezes.

8- Esta não se regista.

9- Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades, tem sim senhor.

10- A dez também se verifica se não tiver medicação. Sempre ativo como se estivesse ligado a um motor, isto verifica-se frequentemente. Noutras crianças que até já vi sem a medicação.

11- Esta não, Pode fazer mal mas faz. A onze não se verifica.

12- Falam excessivamente, sim.

13- Perde objetos necessários às tarefas ou trabalhos escolares - não tenho verificado muito esta.

14- Precipita as respostas antes que as perguntas tenham terminado. Sim esta também acontece frequentes vezes.

15- Distrai-se facilmente, também.

16- Esta tem dificuldade em esperar pela sua vez, às vezes acontece, não quer dizer que seja o caso desta criança.

17- Esquece-se com frequência das atividades quotidianas, também esta, não se verifica.

18- Interrompe ou interfere nas atividades dos outros. Aquelas crianças mais hiperativas isso acontece muito, até estarem a perturbar o trabalho dos outros, também acontece.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: Podem ser problemas familiares. De resto não sei identificar mais nenhuma além das questões familiares, que pode vir daí alguma razão.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: Ah, o diagnóstico desta doença, eu acho que quanto mais cedo se detetar e for arranjado soluções para o problema, tanto melhor para o aluno que poderá conseguir ultrapassar as suas dificuldades.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: Estratégias de intervenção? É estar mais atento ao aluno, supervisionar com mais frequência os trabalhos dele, ele estar sentado à frente sem ter alunos à beira dele que o distraiam. E aqueles alunos que são mais irrequietos também tentar que fiquem longe uns dos outros, para evitar mais problemas.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: Às vezes criam grandes conflitos entre eles. Os hiperativos com os outros, porque não conseguem uma ligação ou como são tão ativos criam problemas com os outros. Nas brincadeiras, tanto dentro da sala de aula como fora da sala de aula.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: A nível escolar é o insucesso. Na vida futura quando eles forem adultos, a nível de um emprego pode trazer problemas porque são adultos ou jovens que

terão dificuldade em se relacionar com outros adultos. Penso que serão estes os problemas principais.

Entrevista nº 9

Identificação

Sexo: Feminino

Idade: 43 anos

Estado Civil: Casada

Filhos: 2 filhas

Formação Académica: Formação do 1º ciclo e depois Especialização em Matemática e Ciências para o 2º ciclo

Tempo de Serviço: 18 anos

Formação Especializada:

Qual?

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Tenho encontrado alunos nesse sentido e, neste momento existe um aluno aqui na minha sala. Diagnosticado.

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Neste caso é mais o défice de atenção. Portanto, é um aluno que não consegue estar muito tempo concentrado naquilo que está a fazer, distrai-se facilmente. Parece que está um bocado aleatório de tudo, tudo o que se passa. Tem de ser chamado várias vezes à atenção, mas não é um aluno que perturbe muito.

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: 1 - Ele realmente não dá atenção aos pormenores e comete erros por descuido e por e, também porque tem dificuldades de aprendizagem.

2 – Movimenta excessivamente os pés e as mãos, move-se quando está sentado - Não, isso não acontece!

3- Ele gosta das atividades lúdicas, mas também não é uma criança que leva uma atividade seguida até ao fim, distrai-se um pouco.

4- Nem sempre isso acontece, é raro.

5- Às vezes.

6- Tem momentos. Umas vezes está mais inquieto outras vezes não, até parece que está parado demais. Às vezes até parece que nem está cá.

7- Ele termina o trabalho mas nem sempre bem feito. Trabalha à maneira dele e nem sempre está correto.

8- Ele lá fora com os colegas brinca, tem alguns colegas de preferência, não se relaciona assim com todos, mas tem alguns de preferência.

9- Sim tem dificuldades. Ele tem dificuldade em organizar-se mesmo nos trabalhos de casa, nos trabalhos dele, nos cadernos diários, nota-se que há muita desorganização.

10- Não

11- Sim

12- Não

13- Às vezes

14- Não

15- Sim

16- Não

17- Sim

18- Também não

Pronto, agora não sei se posso dizer, é que este menino foi diagnosticado com e está a tomar o Rubifen. E antes de o tomar não era uma criança, aqui na sala de aula pelo menos, lá fora sim, havia queixas dele. Que o Pedro bateu, o Pedro não sei quê. Pronto, mas aqui dentro nunca tive problemas com ele. A partir do momento, em que ele começou a tomar o medicamento, foi receitado o Rubifen, ele começou a ficar muito parado, muito apático, mal conseguia escrever, assim a tremelicar. Eu até lhe perguntava constantemente: Ó Pedro estás com sono? Ó Pedro, o que é que tens? Estas a sentir-te mal? Não, ele ria-se para mim e dizia não.

Eu até falei à médica que, a médica telefonou para mim e, disse-lhe que o medicamento, que achava que estava a fazer um efeito contrário. Mas que realmente, ele parecia, a ser mais recetivo, a ser ajudado, mais concentrado nalgumas coisas, mas mesmo assim sozinho não trabalhava ou muito pouco, só estando acompanhado.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: É muitas as dificuldades de aprendizagem que ele tem. Não é? Que depois o vão, que se vai manifestar. E depois também é uma criança que não tem qualquer tipo de acompanhamento em casa.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: Para que ele possa, para que a criança possa evoluir no seu nível de aprendizagem, não é? E para que sejam detetadas as suas dificuldades e, fazer assim um diagnóstico adequado a essa criança.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: As estratégias é o ensino individualizado, ter um apoio constante, fazer estratégias diversificadas, no sentido em que não muita informação. Portanto, dividir mais a informação, portanto, tipo estar a dar um problema e não dar o problema todo seguido, mas por fases, por etapas, para que ele entenda o que lá está.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: Ele tem boas relações com os colegas e com os professores também. Só nos dias realmente em que ele não vem medicado, agora, presentemente tem reações, ri-se muito, está mais agitado, fala mais realmente e, levanta – se do lugar às vezes. Agora, quando ele está medicado está mais sossegado.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: São crianças que vão ter pela frente dificuldades cumprir tarefas, em ter um vida social mais agitada, se calhar. E pronto, vão ser crianças que vão ter dificuldades se não forem detetadas a tempo, atempadamente. Se não forem trabalhadas no seu devido tempo. Este menino está agora no 4ºano de escolaridade, pró ano vai para o 5ºano, já tem um retenção e acho que devia ser encaminhado no sentido de o ajudar, a combater essas dificuldades. E levá-lo para uma vida, para que ele se desenrasque, futuramente, desenrasque, quer dizer, que ganhe autonomia na sociedade e, que consiga desenvolver um trabalho ou qualquer coisa.

Entrevista nº 10

Identificação

Sexo: Masculino

Idade: 33 anos

Estado Civil: solteiro

Filhos: 1

Formação Académica: Licenciatura

Tempo de Serviço: Quase 11anos completos

Formação Especializada: Educação Especial na área motora e cognitiva.

1 – Na sua prática profissional tem encontrado crianças com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção? Existe algum aluno diagnosticado na sua escola?

R: Encontrar já encontrei, numa escola onde estive em Castelo de Paiva mas não era eu que dava apoio. Este ano trabalho no agrupamento de Mortágua e tenho uma criança que o primeiro problema que foi diagnosticado foi epilepsia, mas que julgo eu e que apresenta problemas a nível de, tem alguma deficiência a nível de atenção e desconcentração que pode levar se calhar a esse tipo de problema, a hiperatividade

2- Que atitudes do aluno podem levar o professor a pensar que está perante um caso de PHDA?

R: Pronto são crianças que a nível das tarefas que são propostas pelo professor mostram grande carência e deficiência a nível da atenção e desconcentração. São crianças que estão constantemente a fazer determinados movimentos na sua carteira, por vezes não cumprem, não cumprem algumas das regras que lhe são impostas pelo professor, dentro assim como, também fora da sala de aula, quando é nas brincadeiras com os seus colegas

3 – Das características/comportamentos que apresentamos diga quais as que causam mais perturbação em contexto escolar?

R: Julgo que a número 1 é uma das que causa perturbação em contexto escolar, que é não dar atenção aos problemas ou comete erros por descuido nas atividades.

O 2 também movimenta excessivamente os pés e as mãos. Move-se quando está sentado.

A 3 também! Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e mesmo em atividades lúdicas. Muitas das vezes acabam por estar desinteressadas mesmo sendo atividades lúdicas.

4-Levanta-se na sala de aula, julgo que sim, ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.

O 5, por vezes também acontece que não escuta quando se fala com ele diretamente, ou seja, por vezes uma pessoa fala com eles e eles parece que estão num -----.

Parece inquieto, isso é claro!

O 7 não, porque eles acabam por seguir as instruções e acatam as instruções que lhe são dadas.

O 8 julgo que não.

O 9 também não.

O 10 sim! Parece sempre ativo como se estivesse ligado a um motor. Parece-me uma das causas.

O 11 também.

O 12 depende das crianças. Há crianças que falam assim. mas eu julgo que não. São crianças que não falam excessivamente

O 13 também não.

O 14 sim.

O 15 sim.

A 16 sim

A 17 julgo que não

E a 18 sim.

4 – Na sua opinião qual será a causa dos comportamentos manifestados pelo aluno?

R: A causa, a principal julgo que será uma causa genética. Porque, visto ou se fosse outra, uma coisa que eles conseguiriam controlar e com o trabalho do professor e do aluno era uma coisa que eles conseguiam ajustar e no dia a dia era o que seria corrigido. Como são situações que eles não têm o autocontrole deles, possivelmente a causa será genética.

5 - Em que medida considera importante o diagnóstico?

R: O diagnóstico, o diagnóstico é importante! Se não houver um diagnóstico muitas vezes para a escola, principalmente para o professor será complicado trabalhar e relacionar-se com uma criança dessas uma vez que não sabe o que

tem à frente. E dessa forma será complicado muitas vezes arranjar estratégias e atividades para poder trabalhar com esses alunos.

6 – Que estratégias de intervenção podem ser utilizadas em contexto escolar com estes alunos?

R: As estratégias, as estratégias principais que o professor deve ter, é uma maior comunicação com o aluno, deverá ter uma intervenção mais direta com o aluno, deverá ter um trabalho mais individualizado, essas atividades deverão ser mais diversificadas relativamente aos outros, ou seja, deverá ter atividades num âmbito mais lúdico e mais pequenas.

7– Como descreve as relações do aluno hiperativo com os seus pares?

R: Penso que relativamente às relações que eles têm, acho que são relações saudáveis e que os pares muitas das vezes conseguem separar e perceber que são crianças que não têm, que as reações deles não são por vezes com o intuito de prejudicar essas crianças, ou sejam muitas vezes eles têm esse tipo de reações porque infelizmente eles não têm o autocontrole deles. E acho que muitas das vezes as crianças conseguem perceber isso e acho que o trabalho dos professores é isso mesmo. No início do ano perceberem que têm que passar isso para as crianças e as crianças percebem isso.

8 – Que implicações terá esta perturbação na vida destes alunos?

R: Tem. Tem logo que começa o percurso escolar porque a nível de aprendizagens porque têm, fazem um percurso escolar com mais dificuldades, a nível de rendimento, o rendimento é menor, a nível da aquisição de conhecimentos a aquisição desses conhecimentos também poderá ser menor ou seja não fazem a aquisição de competências que fará possivelmente um aluno que tem um percurso normal. A nível da sociedade como é lógico apanhamos de tudo. Há pessoas que podem aceitar e perceber esse problema com alguma facilidade há outras pessoas que não entendem isso dessa forma e então aí serão prejudicados a nível das relações interpessoais.

Anexo 3

Termo de Consentimento

Exmo.(a) Senhor(a) Professor

Estamos a realizar um estudo, no âmbito da preparação da minha tese de mestrado em Educação Especial, que tem por objetivo conhecer as perceções dos professores do 1.º ciclo, do ensino regular, sobre a identificação de comportamentos de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Neste sentido, solicitamos a vossa colaboração na realização deste estudo, participando nas entrevistas, para tal será necessário que as respostas sejam gravadas. Será preservado total sigilo quanto à vossa identidade, salvaguardando-se a confidencialidade das respostas que se destinam exclusivamente ao fim solicitado.

Caso concorde em participar neste estudo, expresse a sua autorização assinando o Termo de Consentimento:

O Professor(a): _____

A Mestranda: _____

Data: _____