

**ALEXANDRA SOFIA NUNES MONTEIRO**

**HIPERACTIVIDADE E ESTRATÉGIAS DE  
INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS  
DE INTERVENÇÃO POR DOCENTES DO 1º CEB**

**Orientador: Professor Doutor Paulo Sequeira**

**Escola Superior de Educação Almeida Garrett**

**Lisboa**

**2011**

**ALEXANDRA SOFIA NUNES MONTEIRO**

**HIPERACTIVIDADE E ESTRATÉGIAS DE  
INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS  
DE INTERVENÇÃO POR DOCENTES DO 1º CEB**

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

Orientador: Prof.(o) Doutor Paulo Sequeira

**Escola Superior de Educação Almeida Garrett**

**Lisboa**

**2011**

*Não param quietas, mexem em tudo, desafiam os perigos, não obedecem a ninguém, saltam, pulam, correm sem que nada nem ninguém as faça parar, têm energia a mais, não conhecem limites e estão permanentemente a desafiar os perigos. (Garcia, 2001)*

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais, que com o seu exemplo de vida me transmitiram os valores da dignidade humana: respeitar, defender e ajudar as pessoas, independentemente da sua raça, religião, cultura, classe social e capacidade.

E porque estes ensinamentos traçaram a minha conduta de vida, hoje dedico este trabalho a todas as crianças que necessitam de uma aprendizagem especial para poderem enfrentar a vida sem qualquer desvantagem...

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Professor Doutor Paulo Sequeira pelo apoio incondicional, pela dedicação, pelos conhecimentos transmitidos e pela ajuda prestada.

A todos os docentes do 1º CEB que participaram na pesquisa e que contribuíram para a realização deste estudo.

Aos colegas de mestrado que proporcionaram momentos de troca de saberes e de aprendizagem, em especial à minha amiga Elisabete.

Aos meus pais, Fernando e Conceição, pelo estímulo e apoio incondicional, pela grande amizade e carinho, a minha eterna gratidão por todo o vosso amor.

A todos os que de alguma forma fizeram parte da minha vida, pois cada um deles contribuiu para aquilo que hoje sou.

A todos os que acreditaram e me ajudaram a acreditar que seria possível.

## **Resumo**

O presente trabalho, aborda o tema da Hiperactividade, uma temática cada vez mais actual e que no dia a dia vem preocupando toda a comunidade educativa. Diagnóstico precoce e tratamento adequado podem reduzir drasticamente os problemas escolares do aluno hiperactivo.

A nível educativo existe todo um conjunto de estratégias e modificações que se podem aplicar no ambiente de aprendizagem e nos métodos de trabalho do docente, com vista a melhorar o desempenho escolar dos alunos hiperactivos. Assim, é importante estabelecer estratégias que permitam, mais facilmente, ajustar o comportamento da criança, de tal modo que esta aprenda e deixe que os outros alunos, da turma onde se encontra integrada, aprendam também.

Fundamentamo-nos numa bibliografia variada de diversos autores, que ao longo dos anos se vêm preocupando com este problema da hiperactividade. Numa segunda parte, foi realizado um questionário de modo a apurar quais as estratégias de intervenção educativa que os docentes do 1ºCEB consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos.

Espera-se contribuir para o conhecimento da representação do tema e da prática docente.

## **Palavras-Chave**

Hiperactividade; Educação; Atenção; Comportamento; Intervenção.

## **Abstract**

The present study approaches the issue of Hyperactivity, a theme that is becoming more present and that every day is turning into a concern for the whole school community. Early diagnosis and proper treatment can dramatically reduce the hyperactive student's school problems.

In an educational level there is a whole set of strategies and modifications that can be applied in the learning environment and in the teacher's working methods to improve the academic performance of hyperactive students.

It is therefore important to establish strategies to more easily adjust the behavior of the child, so that she can learn and let other students, in the class where it is integrated, learn as well. We based ourselves in a varied bibliography of several authors who, over the years, have been worried about this problem of hyperactivity. In the second part, we conducted a questionnaire to determine which strategies of educational intervention primary school teachers consider the most appropriate to use with hyperactive students.

We expect to contribute to the knowledge of the representation of the subject and the teaching practice.

## **Keywords**

Hyperactivity, Education, Attention, Behavior, Intervention.

## Abreviaturas

|                  |                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------|
| <b>DCM.....</b>  | Disfunção Cerebral Mínima                            |
| <b>AAP.....</b>  | Associação Americana de Psiquiatria                  |
| <b>APA.....</b>  | American Psychiatric Association                     |
| <b>DAS.....</b>  | Síndrome de Déficit de Atenção                       |
| <b>DDAH.....</b> | Desordem por Déficit de Atenção com Hiperactividade  |
| <b>DHDA.....</b> | Distúrbio Hiperactivo e de Déficit de Atenção        |
| <b>PHDA.....</b> | Perturbação Hiperactiva por Déficit de Atenção       |
| <b>PDAH.....</b> | Perturbação por Déficit de Atenção e Hiperactividade |
| <b>PDA.....</b>  | Perturbação por Déficit de Atenção                   |
| <b>NEE.....</b>  | Necessidades Educativas Especiais                    |
| <b>OMS.....</b>  | Organização Mundial de Saúde                         |
| <b>SDAH.....</b> | Síndrome de Déficit de Atenção e Hiperactividade     |
| <b>SH.....</b>   | Síndrome Hipercinética                               |
| <b>CEB.....</b>  | Ciclo do Ensino Básico                               |
| <b>IPSS.....</b> | Instituição Particular de Solidariedade Social       |
| <b>EUA.....</b>  | Estados Unidos da América                            |
| <b>LBSE.....</b> | Lei de Bases do Sistema Educativo                    |
| <b>EEE.....</b>  | Equipas de Educação Especial                         |
| <b>PEI.....</b>  | Programa Educativo Individual                        |
| <b>PE.....</b>   | Programa Educativo                                   |
| <b>CIF.....</b>  | Classificação Internacional de Funcionalidade        |

## Índice

|                                                                              |             |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Dedicatória .....</b>                                                     | <b>iii</b>  |
| <b>Agradecimentos .....</b>                                                  | <b>iv</b>   |
| <b>Resumo.....</b>                                                           | <b>v</b>    |
| <b>Abstract .....</b>                                                        | <b>vi</b>   |
| <b>Abreviaturas .....</b>                                                    | <b>vii</b>  |
| <b>Índice.....</b>                                                           | <b>viii</b> |
| <b>Índice de Gráficos .....</b>                                              | <b>xi</b>   |
| <b>Índice de Tabelas.....</b>                                                | <b>xi</b>   |
| <b>Introdução .....</b>                                                      | <b>1</b>    |
| <b>Parte I - Componente Teórica .....</b>                                    | <b>3</b>    |
| <b>Capítulo 1 - As Necessidades Educativas Especiais.....</b>                | <b>4</b>    |
| 1. As Necessidades Educativas Especiais .....                                | 5           |
| 1.1. Tipos de N.E.E.....                                                     | 6           |
| 1.2. Categorias Específicas das N.E.E. ....                                  | 7           |
| 1.3. Da Segregação à Integração.....                                         | 8           |
| 1.4. A Inclusão e as Escolas Inclusivas .....                                | 11          |
| <b>Capítulo 2 - A Perturbação Hiperactiva por Défice de Atenção.....</b>     | <b>15</b>   |
| 2. A Perturbação Hiperactiva por Défice de Atenção .....                     | 16          |
| 2.1. Evolução do Conceito.....                                               | 16          |
| 2.2. Definição.....                                                          | 20          |
| 2.3. Prevalência .....                                                       | 24          |
| 2.4. A PHDA no Contexto Educativo .....                                      | 24          |
| <b>Capítulo 3 - Critérios de Diagnóstico da PHDA segundo o DSM-IV-TR....</b> | <b>29</b>   |
| 3. Critérios de Diagnóstico da PHDA segundo o DSM-IV-TR.....                 | 30          |

**Capítulo 4 - Etiologia ..... 33**

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| 4. Etiologia.....                                      | 34 |
| 4.1. Factores Neurológicos .....                       | 34 |
| 4.2. Factores Pré-Natais e Peri-Natais.....            | 35 |
| 4.3. Factores Genéticos.....                           | 36 |
| 4.4. Factores Ambientais e Variáveis Psicológicas..... | 38 |
| 4.5. Outras Causas.....                                | 38 |

**Capítulo 5 - Observação e Registo..... 40**

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| 5. Observação e Registo .....                              | 41 |
| 5.1. Escalas .....                                         | 41 |
| 5.1.1. Escala de Conners (Reduzida) para Professores ..... | 42 |
| 5.1.2. Escala de Conners (Reduzida) para Pais.....         | 43 |
| 5.2. Instrumentos aplicados à criança.....                 | 43 |
| 5.3. Observações comportamentais.....                      | 44 |
| 5.4. Exame Neurológico .....                               | 45 |
| 5.5. Electroencefalograma .....                            | 45 |
| 5.6. Avaliação Psicopedagógica .....                       | 46 |
| 5.7. Instrumentos Mecânicos de Avaliação .....             | 46 |
| 5.8. Diagnóstico Referencial.....                          | 47 |

**Capítulo 6 - Intervenção ..... 49**

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 6. Intervenção .....                                              | 50 |
| 6.1. Intervenção Educativa .....                                  | 50 |
| 6.1.1. Princípios eficazes para ensinar alunos hiperactivos.....  | 54 |
| 6.1.2. Estratégias eficazes para dar aulas a alunos com PHDA..... | 59 |
| 6.1.3. Adaptações:.....                                           | 64 |
| 6.1.4. Estratégias Educacionais.....                              | 70 |
| 6.2. Intervenção Comportamental.....                              | 73 |
| 6.3. Intervenção Familiar.....                                    | 74 |
| 6.4. Medicação .....                                              | 78 |

**Parte II - Componente Prática ..... 81**

**Capítulo 7 - Componente Prática ..... 82**

|                        |    |
|------------------------|----|
| 7.1. Metodologia ..... | 83 |
|------------------------|----|

|                                                                                  |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 7.2. Problema .....                                                              | 84          |
| 7.3. Hipóteses.....                                                              | 84          |
| 7.4. Variáveis .....                                                             | 85          |
| 7.5. Caracterização da Amostra .....                                             | 85          |
| 7.6. Instrumentos de Análise.....                                                | 86          |
| 7.7. Validação do Questionário.....                                              | 89          |
| <b>Capítulo 8 - Análise dos Resultados .....</b>                                 | <b>91</b>   |
| 8. Análise dos Resultados.....                                                   | 92          |
| <b>Capítulo 9 - Discussão dos Resultados .....</b>                               | <b>109</b>  |
| 9. Discussão dos Resultados.....                                                 | 110         |
| <b>Capítulo 10 - Conclusões.....</b>                                             | <b>116</b>  |
| 10. Conclusões .....                                                             | 117         |
| 10.1. Limitações do Estudo .....                                                 | 120         |
| 10.2. Linhas Futuras de Investigação .....                                       | 120         |
| <b>Bibliografia .....</b>                                                        | <b>121</b>  |
| <b>Apêndice I - Questionário .....</b>                                           | <b>i</b>    |
| <b>Anexo 1 - Escala de Conners para Professores .....</b>                        | <b>viii</b> |
| <b>Anexo 2 - Escala de Conners para Pais .....</b>                               | <b>xi</b>   |
| <b>Anexo 3 - Contrato Comportamental.....</b>                                    | <b>xiv</b>  |
| <b>Anexo 4 - Procedimentos de treino para os pais de crianças hiperactivas .</b> | <b>xvi</b>  |

## Índice de Gráficos

|                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1- Género .....                                                                                                                  | 92  |
| Gráfico 2 – Situação Profissional/Tempo de Serviço/Habilitações .....                                                                    | 93  |
| Gráfico 3 – Conhecimento dos docentes face à hiperactividade .....                                                                       | 94  |
| Gráfico 4 - Formação sobre o tema da hiperactividade .....                                                                               | 95  |
| Gráfico 5 – As crianças hiperactivas caracterizam-se por níveis anormais de desatenção, excessiva actividade motora e impulsividade..... | 96  |
| Gráfico 6 – Características associadas ao aluno hiperactivo.....                                                                         | 97  |
| Gráfico 7 – Experiência e formação dos docentes para lidar com alunos hiperactivos.....                                                  | 100 |
| Gráfico 8 – Como caracteriza o seu trabalho com alunos hiperactivos .....                                                                | 101 |
| Gráfico 9 – Opinião sobre as estratégias de intervenção com alunos hiperactivos .....                                                    | 102 |
| Gráfico 10 – Estratégias de intervenção na sala de aula .....                                                                            | 104 |
| Gráfico 11 - Estratégias de intervenção educativas .....                                                                                 | 106 |

## Índice de Tabelas

|                                                                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> – Teste Qui – Quadrado: Diferenças entre os docentes que já trabalharam com alunos hiperactivos e os docentes que nunca realizaram formação sobre o tema da hiperactividade..... | 95 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 2</b> – Teste Mann - Whitney: Diferenças entre os docentes que já trabalharam com alunos hiperactivos e os docentes que nunca trabalharam com alunos hiperactivos, em relação à identificação das características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo ..... | 98 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 3</b> – Teste Mann - Whitney: Diferenças entre os docentes que já realizaram formação sobre o tema da hiperactividade e os docentes que nunca realizaram formação sobre o tema, em relação à identificação das características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo | 99 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 4</b> – Teste Kruskal – Wallis: Diferenças entre os docentes com mais e com menos tempo de serviço, em relação à identificação das características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo..... | 99 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Introdução

Nas nossas escolas, a heterogeneidade é cada vez maior. Nelas convivem crianças pertencentes a vários níveis sociais, de diferentes culturas e com capacidades físicas e intelectuais também diversas. Compreender e respeitar as capacidades de cada um, as suas semelhanças e diferenças, é fundamental para o sucesso e para o bom relacionamento dos indivíduos.

A escola desempenha um papel formador, como tal, deve ser um local de intervenção, capaz de garantir um percurso de sucesso que conduza o aluno a uma formação integral, assegurando o seu direito a interagir na sociedade.

Exige-se à escola que integre e simultaneamente se responsabilize na resposta a dar a cada aluno que faça parte da comunidade educativa. A escola inclusiva deverá processar uma educação para todos, responsabilizando também o meio envolvente na resposta a dar a cada um, mobilizando um maior número de intervenientes no processo educativo.

“De todas as perturbações do desenvolvimento, esta é seguramente aquela em relação à qual todos têm opinião” (Antunes, 2009, p.143). É simples perceber o porquê: nas festas de família ou no café, no supermercado ou no shopping, todos já encontrámos, alguma vez, crianças «insuportáveis».

Determinar qual o nível de actividade normal de uma criança é um assunto polémico. Talvez o interesse pela PHDA (Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção) tenha surgido pela dificuldade sentida em lidar com estes alunos.

Talvez agora seja dada mais atenção à PHDA, porque presentemente compreendemos que esta tem consequências a longo prazo, visto que sabemos que um número substancial de crianças com PHDA apresentará esta mesma perturbação quando for adulta.

As crianças hiperactivas apresentam um padrão comportamental caracterizado, essencialmente, por um excesso de actividade (hiperactividade) ou de impulsividade e por uma persistente falta de atenção, desproporcionais à fase do desenvolvimento em que as mesmas se encontram. Podemos dizer, que a PHDA se define como um estado excessivo de actividade motora, por desatenção e por impulsividade. Estes comportamentos poderão manifestar-se nos primeiros anos de vida e persistir pela adolescência e, até mesmo pela idade adulta.

Neste sentido, surgiu a necessidade de saber quais as estratégias de intervenção que os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos, em contexto educativo.

A presente dissertação de tese de Mestrado está dividida em duas partes. A primeira parte da investigação, está dividida em 6 capítulos, e é dedicada a aspectos teóricos relacionados com: as Necessidades Educativas Especiais e a Hiperactividade. O primeiro capítulo aborda o tema das Necessidades Educativas Especiais e da Inclusão. O segundo capítulo aborda a definição e a prevalência da hiperactividade, bem como, a hiperactividade no contexto escolar. O terceiro capítulo aborda os critérios de diagnóstico da PHDA segundo DSM-IV-TR. O quarto capítulo refere-se à etiologia da hiperactividade. O quinto capítulo retrata os mecanismos de observação e registo da hiperactividade. O sexto capítulo aborda o tema da intervenção.

A segunda parte desta dissertação incide sobre o estudo empírico que levamos a cabo, sendo apresentado um estudo em que se apuraram quais as estratégias que os docentes do 1º CEB consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos. Os sujeitos em estudo foram 50 professores do 1º CEB, de 10 Agrupamentos de Escolas.

Com a recolha de dados, o tratamento e avaliação do inquérito por questionário deu-se resposta ao objectivo específico deste trabalho.

A conclusão incluiu as reflexões realizadas quanto às relações que se conseguiram estabelecer entre a problemática inicial e os resultados obtidos ao longo da intervenção investigativa.

Finalmente, são apresentadas as referências bibliográficas, a legislação consultada e os anexos que consideramos pertinentes.

## **Parte I - Componente Teórica**

## **Capítulo 1 - As Necessidades Educativas Especiais**

## 1. As Necessidades Educativas Especiais

“Necessidades educativas especiais são aquelas que têm certos alunos com dificuldades maiores que o habitual {mais amplas e mais profundas} e que precisam, por isso, de ajudas complementares específicas. Determinar que um aluno apresenta n.e.e. supõe que, para atingir os objectivos educativos, necessita de meios didácticos ou serviços particulares e definidos, em função das suas características pessoais”. (Brennam, W. K., 1990, p.47)

O conceito de necessidades educativas especiais (NEE), baseado em critérios pedagógicos e não clínicos, foi introduzido no sistema educativo português pelo Decreto-Lei 319/91 de 23 de Agosto. Este decreto veio permitir que as escolas passassem a dispor de um suporte legal para organizar o seu funcionamento no que diz respeito aos alunos com NEE.

Actualmente, o Decreto-Lei 319/91 de 23 de Agosto foi revogado passando a vigorar o Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro. Este novo Decreto-Lei pretende “a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens”.

Este novo diploma apresenta-se como uma peça legislativa central e que circunscreve a população alvo da educação especial aos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social.

O Decreto-Lei estabelece as seguintes medidas educativas de educação especial:

- Apoio pedagógico personalizado;
- Adequações curriculares individuais;
- Adequações no processo de matrícula;
- Adequações no processo de avaliação;
- Currículo específico individual;
- Tecnologias de apoio.

O Decreto-Lei 6/2001, de 18 de Janeiro, relativo ao novo modelo de gestão curricular para o ensino básico, veio definir pela primeira vez na legislação o conceito de necessidades educativas especiais de carácter permanente/prolongado. A designação de alunos com necessidades educativas especiais de carácter prolongado, refere-se a crianças e jovens que vivenciam graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação no contexto educativo/escolar, decorrentes da interacção entre factores ambientais (físicos e sociais) e limitações de grau acentuado ao nível do funcionamento do aluno num ou mais dos seguintes domínios: sensorial (audição, visão e outros); motor, comunicação, linguagem e fala, emocional/personalidade e saúde física.

Existe uma assunção clara de uma perspectiva de inclusão que não dispensa a análise da singularidade de cada caso e uma lógica de adequação das respostas educativas, para as quais se criaram condições de especialização.

### **1.1. Tipos de N.E.E.**

#### **Necessidades Educativas Especiais Permanentes**

As necessidades educativas especiais permanentes exigem uma adaptação do currículo generalizado, sendo objecto de avaliação sistemática, dinâmica e sequencial, de acordo com os progressos do aluno no seu percurso escolar. As adaptações mantêm-se durante grande parte ou todo o percurso escolar do aluno. Defrontamo-nos neste tipo de necessidade educativa especial com crianças ou jovens com problemas intelectuais e sensoriais, perturbações de carácter emocional e problemas de carácter sociocultural, económico e motor.

Alunos com dificuldades de aprendizagem (DA) estão também incluídos neste grupo dado que patenteiam problemas processológicos, isto é, revelam problemas na recepção, organização e expressão da informação.

Crianças detentoras de outros problemas de saúde como a sida, diabetes, asma, hemofilia, problemas cardiovasculares, cancro, epilepsia, etc., foram também alvo de atenção especial (a partir de 1990) por parte das instituições educacionais, pois tratam-se de problemas de saúde que podem originar insucesso escolar nas crianças portadoras destas doenças.

É relevante salientar que em 1990 houve um reconhecimento de mais dois grupos, consumado pelo Departamento de Educação dos EUA, englobando as crianças que sofreram traumatismos cranianos e as crianças autistas.

### **Necessidades Educativas Especiais Temporárias**

As necessidades educativas especiais temporárias exigem uma adaptação parcial do currículo para que se ajuste às características das crianças com problemas perceptivo-motores, de leitura, de escrita e de cálculo durante um determinado período de tempo.

Usualmente revelam-se através de ligeiros problemas de leitura, escrita, cálculo ou atrasos e perturbações menos graves ao nível do desenvolvimento motor, perceptivo, linguístico ou socioemocional. Nestes casos torna-se fundamental a existência de uma equipa multidisciplinar que visa empregar um programa educativo individualizado, utilizando pedagogias diferenciadas, metodologias alternativas e estratégias diversificadas; envolve não só a escola mas também os técnicos, a família, o médico de família e, dependendo da gravidade da deficiência, poderá ainda recorrer a um currículo funcional.

## **1.2. Categorias Específicas das N.E.E.**

**N.E.E. de Carácter Intelectual** – Englobam as crianças com deficiência mental, cujos problemas acentuados no seu funcionamento intelectual e comportamento adaptativo lhes causa problemas globais. Abrangem-se também nesta categoria as crianças dotadas e sobredotadas cujo funcionamento intelectual de aprendizagem é superior à média.

**N.E.E. de Carácter Processológico** – São geralmente designados os alunos com dificuldades de aprendizagem (DA).

**N.E.E. de Carácter Emocional** – Engloba o grupo de alunos cujas perturbações são de tal maneira graves que põem em causa quer o seu sucesso escolar, quer a sua segurança e a daqueles que os rodeiam.

**N.E.E. de Carácter Motor** – Abarca todos os alunos com disfunção física ou motora, de carácter congénito ou adquirido que afecta o indivíduo em termos de mobilidade, de

coordenação motora ou da fala, decorrentes de lesões neurológicas, neuromusculares, ortopédicas ou de malformações. Crianças afectadas por este tipo tão heterogéneo de deficiências podem ter múltiplas manifestações como, por exemplo, a nível de coordenação motora (paralisias totais ou parciais) que pode estar associada a um quadro de paralisia cerebral ou ainda a problemas ortopédicos (malformações ou ausência de partes do corpo), originando diversos graus de incapacidade.

**N.E.E. de Carácter Sensorial** – Incluem-se, principalmente, os alunos cujas capacidades visuais ou auditivas estão afectadas. No que diz respeito à visão, podemos dividi-los em duas subcategorias: os cegos e os amblíopes. Os cegos são aqueles cuja incapacidade os impede de ler; os amblíopes, mesmo tendo em conta o grau de severidade do problema, são capazes de ler desde que se efectuem modificações no tamanho das letras.

Relativamente aos problemas de audição, estes dividem-se em duas subcategorias: os surdos e os hipoacúsicos. Os surdos requerem a linguagem gestual e os hipoacúsicos necessitam de qualquer tipo de aparelho de amplificação para facilitar a audição.

### **1.3.Da Segregação à Integração**

Antes da década de 70, mais concretamente antes de 1976, altura em que foram criadas as equipas de ensino especial integrado, as crianças com NEE eram praticamente excluídas das classes regulares, sendo colocadas em classes especiais, escolas especiais ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Segundo Leitão, estas crianças eram, assim, excluídas da escola regular e mesmo segregadas pela sociedade, prevalecendo o modelo médico-diagnóstico em detrimento da integração socio-afectiva (Leitão, 1998).

Nos anos 70, na sequência da contestação cada vez mais forte a este modelo de Educação Especial, posto em causa pelo seu carácter exclusivo, diríamos até antidemocrático, e da quase negação a uma vida social comum por parte dos cidadãos enquadrados neste sistema, são produzidos dois documentos que trazem contributos fundamentais no sentido da integração dos alunos com necessidades educativas especiais (NEE): a legislação PL 94-142, publicada nos E.U.A. em 1975 e em Inglaterra, em 1978, o chamado «Warnock Report», o qual introduziu o conceito de NEE (Correia, 1999).

Foi assim que o conceito de educação especial referido às crianças e jovens com dificuldades, em consequência de deficiência, deu lugar ao conceito mais vasto de necessidades educativas especiais, que não se circunscreve a essas situações, antes se alarga a todos os tipos de dificuldades de aprendizagem, passando de uma perspectiva clínica ou médico-pedagógica, para um modelo educativo, centrado na aprendizagem de um currículo ou de um programa.

Esta nova visão passa a englobar todos os alunos que, durante todo ou apenas em parte do seu percurso escolar, revelam dificuldades em acompanhar os programas propostos e necessitam de meios apropriados para poderem desenvolver essas aprendizagens.

Em Portugal, só nos anos 90 se verificaram avanços importantes no plano legislativo. Estabeleceu-se a obrigatoriedade do cumprimento da escolaridade para todas as crianças, incluindo as portadoras de deficiência, ao nível da escolaridade básica, bem como a gratuitidade do ensino, responsabilizando a escola regular por todos os alunos.

Com a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) em 1986, começa a assistir-se a transformações na concepção da educação integrada, sendo um dos seus objectivos “assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas designadamente a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades” (art. 7º). Decorrente da LBSE, são criadas as Equipas de Educação Especial (EEE), que abrangem todo o sistema de educação e ensino não superior. Começa então uma longa caminhada até ser criado o Decreto-Lei nº 319/91 de 23 de Agosto, possibilitando a inclusividade no ensino, pela prática pedagógica diferenciada. Privilegiava-se também a máxima integração do aluno com NEE na escola/classe regular, responsabilizando, por um lado, a escola pela procura de respostas educativas eficazes e, por outro, os pais na educação dos seus educandos. Ainda neste Decreto, proclamava-se o direito a uma educação gratuita, igual e de qualidade para os alunos com NEE, ao mesmo tempo que se estabelece a individualização de intervenções educativas através de Planos Educativos Individualizados (PEI) e de Programas Educativos (PE) para responder às necessidades desses alunos. Surge o conceito de meio menos restritivo possível, devendo os alunos com NEE ser educados com os alunos sem NEE, sendo apenas retirados para um meio mais restritivo (escolas especiais ou instituições) em casos de deficiência profunda. Por último, este decreto introduziu o conceito de integração.

Correia (2001) refere três tipos de integração: a integração física, a integração social e a integração académica. Numa primeira fase de implementação do Decreto-Lei n.º 319/91, surge a integração física com a criação de classes especiais, onde os alunos com NEE deveriam receber apoios específicos consoante as suas necessidades. A educação destes alunos recai sobre o professor de Educação Especial, tendo o professor do ensino regular um papel muito reduzido. O diálogo entre estes era praticamente inexistente e o isolamento dos alunos com NEE era total em termos escolares e muito precário em termos sociais.

Numa segunda fase, passou-se a uma integração social, verificando-se uma aproximação em termos de interações entre os alunos com NEE e os alunos ditos “normais”. Os alunos com NEE passam a ter acesso aos ambientes sociais das classes regulares. O ensino destes alunos funcionava à parte no que respeita às áreas académicas, juntando-se com os seus colegas em Educação Física, nas expressões artísticas, nos recreios, às refeições e nos passeios escolares.

Surge, posteriormente, a integração académica, passando a criança com NEE a ter acesso à classe regular. A classe especial dá lugar à sala de apoio, onde recebia apoios educativos de carácter permanente ou temporário. Parte da instrução dos alunos com problemáticas ligeiras e até moderadas processava-se na sala de apoio e a outra parte na classe regular.

As sucessivas reformas educativas que têm ocorrido em diversos países do mundo ocidental enfatizam a filosofia da inclusão, assumindo que os alunos com necessidades educativas especiais (NEE) devem fazer parte da comunidade onde vivem, beneficiando do ensino ministrado nas escolas regulares e, sempre que possível, nas classes regulares dessas mesmas escolas. Penso que deve ter sido este princípio que também motivou o Governo português, levando-o a considerar a reestruturação dos serviços de educação especial através da publicação do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro.

No ponto 2, do capítulo I, do artigo 1º percebe-se a intenção da criação de uma escola inclusiva:

“A educação especial tem por objectivos 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 e

para uma transição da escola para o emprego das crianças e dos jovens com necessidades educativas especiais.”

O novo Decreto-Lei propõe o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde, para determinar a elegibilidade do aluno com NEE para os serviços de educação especial e consequente elaboração do Programa Educativo Individual (artigo 6.º, ponto 3).

Vantagens que estão presentes neste novo Decreto-lei:

- a) A obrigatoriedade da elaboração de um programa educativo individual para os alunos com NEE *permanentes*, aliás já consignado no Decreto-Lei n.º 319/1991, de 23 de Agosto;
- b) A promoção da transição dos alunos com NEE *permanentes* para a vida pós-escolar;
- c) A confidencialidade de todo o processo de atendimento a alunos com NEE *permanentes*;
- d) A criação de departamentos de educação especial nos agrupamentos.

#### **1.4.A Inclusão e as Escolas Inclusivas**

Nos finais dos anos 70, começa a reconhecer-se que os alunos com NEE, com problemáticas ligeiras e moderadas, conseguem alcançar sucesso escolar nas classes regulares.

Em 1986, os defensores dos direitos dos alunos com NEE, os pais dos alunos com NEE severas e o reconhecimento público de que a Escola não estava a proporcionar as respostas educativas necessárias a estes alunos levaram a uma reestruturação do sistema educativo, apelando para que fossem criadas condições que permitissem responder às necessidades educativas dos alunos com NEE nas escolas regulares da sua residência. Surge, assim, o Movimento Iniciativa da Educação Regular que pretendia encontrar formas de atender às necessidades do maior número de alunos com NEE na classe regular, propondo a adaptação dessa mesma classe com vista a facilitar as aprendizagens dos alunos com NEE nesse ambiente. Este movimento deu lugar ao movimento da inclusão, visando a adequação do currículo às necessidades educativas dos alunos. Os alunos com NEE passam a ter o direito de frequentar a classe regular, possibilitando-lhes o acesso ao currículo comum através de um conjunto de apoios

apropriados às suas características e necessidades educativas, sociais e emocionais. Surgem, assim, as escolas inclusivas (Correia, 1999).

O conceito de inclusão, que ultrapassa a integração, é mais tarde consignado na Declaração de Salamanca (1994):

“ Existe o consenso de que as crianças e jovens com NEE devem ser incluídos nas estruturas educativas destinadas à maioria das crianças (...) O desafio a esta escola inclusiva é o de ser capaz de desenvolver uma pedagogia centrada na criança, susceptível de as educar a todas com sucesso, incluindo as que apresentam graves incapacidades”.

Defende-se a inclusão mesmo daqueles com NEE severas, independentemente dos seus níveis académicos e sociais. Pretende-se, assim, a inserção do aluno com NEE, em termos físicos, sociais e académicos nas escolas regulares.

De acordo com a Declaração de Salamanca, as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades. As escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes, para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, constituindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos. Lê-se na Declaração de Madrid (2002): “as escolas devem desempenhar um papel mais activo, ajudando a compreender e a aceitar os direitos das pessoas com deficiências, a afastar medos, mitos e concepções erradas e apoiando os esforços de toda a comunidade”. Além disso proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência, numa óptima relação custo – qualidade, de todo o sistema educativo.

Correia (2005) defende que a inclusão é “a inserção total do aluno com NEE, em termos físicos sociais e académicos nas escolas regulares (...), onde, por direito, deve receber todos os serviços adequados às suas características e necessidades”.

Para conseguir uma inclusão eficaz, a escola terá de se afastar dos modelos de ensino-aprendizagem centrados no currículo, passando a dar mais importância a modelos centrados no aluno, tendo por base as, suas necessidades educativas individuais. O ensino está orientado para o aluno, que é visto como um todo, considerando três níveis de desenvolvimento: académico, sócio-emocional e pessoal.

Importa também referir que uma escola inclusiva reporta-se não só ao contexto escolar, mas também aos contextos naturais da comunidade onde a criança e a família vivem e têm as suas rotinas.

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

A escola inclusiva é para todos e como tal deve ser estruturada para que possa atender todas as crianças, celebrando a diferença e individualização do ensino. Não podemos, no entanto, esquecer que para que a inclusão seja total e eficaz é necessário a colaboração de todos os agentes educativos.

De acordo com vários estudos realizados em escolas inclusivas (Correia, 1999), são diversas as vantagens que advêm da inclusão, nomeadamente uma maior colaboração entre os professores do ensino regular e os do ensino especial, permitindo uma partilha de estratégias/experiências de ensino. Por outro lado, permite uma maior monitorização dos progressos, dos alunos, combatendo os problemas de comportamento e, por outro, tenta acabar com o estigma da «deficiência». O mais importante é, então, o desenvolvimento global do aluno e a aceitação da diferença por parte dos alunos sem NEE.

A escola inclusiva permite desenvolver atitudes positivas perante a diversidade, ao mesmo tempo que prepara para a vida na comunidade. Infelizmente, aos professores não lhe são disponibilizados recursos humanos e materiais, tempo e formação necessárias para implementarem a inclusão com sucesso.

Só “estaremos perante uma integração/inclusão com sucesso quando existir:

- um esforço concertado que inclua uma planificação e programação eficazes para crianças com NEE.;
- uma preparação adequada do professor do ensino regular, do professor de educação especial e de todos os técnicos envolvidos no processo;
- um conjunto de práticas e serviços de apoio (classes com um número reduzido de alunos, serviços adequados de psicologia, de saúde, etc.) necessários ao bom atendimento da criança com NEE;
- um pacote legislativo que se debruce sobre todos os aspectos da inclusão da criança com N.E.E. nas escolas regulares;

- um clima de bom entendimento e de cooperação entre a escola, a família e a comunidade.” (Correia, 1997, p. 169)

O modelo de escola para todos é o que opta pela educação especial integrada, fazendo frente à educação especial segregada que se realiza à parte da educação geral regular.

A escola para todos rompe com o modelo instrutivo e transmissor, com a escola tradicional onde as crianças diferentes não encontram as condições mínimas para o seu progresso. É um novo modelo de escola aberta à diferença onde se tenta que as minorias encontrem uma resposta às suas necessidades especiais sem prejudicar os outros, mas muito pelo contrário, beneficiando todos os alunos em geral, por tudo o que traz de mudança e renovação e pelos novos recursos e serviços com que pode contar.

O modelo de escola para todos pressupõe uma mudança de estruturas e de atitudes e a abertura à comunidade; deve mudar o estilo de trabalho de alguns professores que deverão reconhecer que cada criança é diferente das outras, tem as suas próprias necessidades específicas e progride de acordo com as suas possibilidades. Um novo modelo que compromete a comunidade escolar e lança um desafio ao conjunto da instituição.

O conceito de Necessidades Educativas Especiais veio sofrendo algumas alterações ao longo dos tempos. Existem dois tipos de NEE: permanente e temporária, bem como categorias específicas.

As sucessivas reformas educativas que têm ocorrido muito têm contribuído para a inclusão educativa e social dos alunos com NEE, assim como para o sucesso educativo, autonomia, estabilidade emocional, promoção da igualdade de oportunidades e transição para o mercado de trabalho.

## **Capítulo 2 - A Perturbação Hiperactiva por Défice de Atenção**

## **2. A Perturbação Hiperactiva por Défice de Atenção**

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é não só um dos mais estudados, como também, um dos mais controversos distúrbios de desenvolvimento da criança. Nos últimos anos a sua importância tem sido reconhecida essencialmente no campo educacional, embora o número e a diversidade de formações das pessoas nela interessadas seja extremamente alargado. Professores, psicólogos, médicos, educadores, investigadores e naturalmente pais, têm vindo a dedicar grande atenção e interesse a um problema que, não raras vezes, os tem colocado em situações de desafio.

Agitação, impulsividade, inquietude, desorganização, imaturidade, irresponsabilidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, falta de persistência, preguiça, são apenas algumas das características com frequência atribuídas a estas crianças. Crianças, adolescentes e adultos diagnosticados com DHDA são frequentemente rotulados de "problemáticos" ou "irresponsáveis" (Lopes, 2004, p. 15)

Por estas e outras características, as crianças com PHDA encontram-se, inegavelmente, numa situação familiar, social, escolar e emocional, muito complexa. É frequente encontrarmos pais e professores desesperados face a estas situações e, principalmente, pouco preparados para as enfrentar de forma a minimizar as consequências.

### **2.1. Evolução do Conceito**

A Perturbação por Défice de Atenção com Hiperactividade (PDAH) não é um fenómeno novo. Ao longo dos últimos anos, é possível encontrarem-se livros de medicina com referências a vários sintomas de tipo PDAH. De todas as perturbações da infância, esta síndrome é um dos mais estudados. Os especialistas compreenderam há muito tempo que a PDAH é uma limitação que causa sérios problemas que se podem prolongar ao longo de toda a vida.

Remonta aos princípios do séc. XX, o conhecimento empírico da existência de crianças com hiperactividade mas, ainda hoje, é frequente o recurso a esta designação para classificar crianças tendo apenas em linha de conta conceitos sobretudo linguísticos e pelo recurso à etimologia da palavra «hiper» que vem do grego e significa «além» «actividade». Com origem latina, exprime a ideia de movimento, de actividade, pelo que hiperactivo parece

designar um comportamento que se caracteriza pelo impulso excessivo de actividade.

Volvidas quase cinco décadas, ainda não existe uma definição rigorosa, cuja enumeração de manifestações permita, de forma clara e eficaz, utilizar com propriedade esta designação para caracterizar alguém.

A designação científica actual de Hiperactividade é “Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção” (DHDA) é não só um dos mais estudados, como um dos mais controversos distúrbios de desenvolvimento da infância e adolescência. A sua importância deve-se ao facto de haver um número e diversidade muito alargado de pessoas nele interessado, nomeadamente professores, psicólogos, médicos, educadores, investigadores e, naturalmente, pais e familiares.

A história da evolução deste conceito não é única nem deixa de ser ambígua, pois o conceito baseia-se, paralelamente, tanto no modelo médico, quanto no modelo dos distúrbios da aprendizagem. Havendo referências que datam já do final do século XIX, quando a oftalmologia Hinshelwood, de Glasgow, encontrou semelhanças entre adultos que tinham perdido a capacidade de leitura após acidentes vasculares cerebrais, tumores ou traumatismos de crânio, e algumas crianças inteligentes com dificuldades para a leitura e a aprendizagem (Ballone, 2005).

No início do século XX, Still descreveu um conjunto de sintomas co-morbidos que se aproximam muito dos sintomas hoje considerados como constituindo manifestações fundamentais de DHDA (Lopes, 2003). O mesmo autor referiu-se a essas crianças como apresentando uma “deficiência do controlo moral”, baixos níveis de “inibição volitiva” e de atenção, agressividade, hiperactividade e outros problemas associados. As especulações de Still fizeram história, uma vez que formulou a hipótese de etiologia neurológica e, já nessa altura, referiu que os meninos eram mais frequentemente afectados do que as meninas.

Nielsen entende que as Perturbações por Défice de Atenção (P.D.A.) e as Perturbações por Défice de Atenção com Hiperactividade (P.D.A.H.) “são desordens a nível de desenvolvimento que resultam em problemas de atenção, em impulsividade e, em alguns casos, em hiperactividade.” (Nielson, 1999, p. 58)

Shweizer e Prekop consideram que: “As designações “hiperactividade” (HA) “síndrome hipercinética” (SH) e “síndrome de défice de atenção” (DAS) são, de certa forma substituíveis entre si. Todavia, deve-se demarcar estes conceitos do de disfunção cerebral mínima (DCM).” (Shweizer e Prekop, 2001, p. 17)

Vasquez associa-lhe como principais características: “falta de atenção, dificuldades

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

Vallet (1986), citado em Vasquez (1997), considera a hiperactividade como um síndrome que integra as seguintes alterações:

“- Movimento corporal excessivo;

- Impulsividade;

- Atenção dispersa ou inexistente;

- Inconstância nas respostas;

- Emotividade;

- Coordenação motora pobre;

- Dificuldades de aprendizagem: problemas na aritmética e na leitura e problemas de memória.” (Vasquez, 1997, p. 161)

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

Chess, num artigo publicado em 1960 (Lopes, 2003) dá um avanço significativo em termos de definição de DHDA, definindo a criança hiperactiva como “...aquela que, ou realiza actividade a uma velocidade superior ao normal, ou está constantemente em movimento, ou ambos”.

É diversificada a terminologia utilizada por diferentes autores para clarificarem os conceitos implícitos na designação comportamental e são evidentes as dependências entre as áreas de especialização e as variáveis designadas como relevantes na caracterização.

Podemos referir dois modelos terapêuticos que derivam dos vários enfoques e que perspectivam as causas e as manifestações de hiperactividade. Um deles, a teoria clínica, valoriza a existência de antecedentes orgânicos da síndrome, enquanto que a teoria do comportamento a entende como manifestação relacionada com o meio ambiente.

As manifestações «visíveis» da hiperactividade atingem, o que poderíamos designar como, excessos comportamentais, em faixas etárias que se pressupõe já terem realizado algumas aquisições que lhe permitam comportamentos socialmente aceites, tais como: permanecer sentado, pedir a vez para falar, prestar atenção, etc. A criança hiperactiva parece

não ter adquirido estas competências e, por isso, é incapaz de as exhibir: grita, faz barulho, não permanece no mesmo lugar, mexe em tudo o que a rodeia.

É necessário que, estas crianças interiorizem noções de comportamento social, antes que se instalem reacções de compensação que podem transformar-se em «quadros» de desordem emocional. É de primordial importância que o educador consiga detectar estas anomalias e desenvolva acções que visem a normalização comportamental.

Estas acções revestem carácter de especial relevo e são factores de sucesso face às aquisições académicas.

A criança irrequieta tem dificuldades em viver experiências satisfatórias. Não encontra paz interior que lhe permita processar a variedade de informações.

Como afirmam Shweizer, C. e Prekop J. (2001) “O seu irrequietismo torna-a num elemento perturbador aos olhos das outras crianças e, por isso, é rejeitada com frequência.” Como é óbvio, a rejeição reflecte-se na auto-estima e «a consequência disso é ela não conseguir estar só ou com os outros e lhe custar, por isso, aceitar e desenvolver o seu “Eu”, ou até distingui-lo do “Tu”.» (Shweizer, C. e Prekop J., 2001, p. 16)

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

A incompreensão de ordens, repetição do erro e castigo que surge como consequência das atitudes anteriores leva a que se designe como «desobediência patológica» que se reflecte ainda nas perturbações de aprendizagem a nível visuomotor.

Aos comportamentos que referimos e que vulgarmente são designados por hiperactividade, a American Psychology Association a partir da última DSM-III em 1980, passou a designar por Défice da Atenção com Hiperactividade. Esta alteração explica-se pelo facto dos sintomas do défice da atenção serem mais duradouros do que os de hiperactividade que tendem a desaparecer com o passar do tempo.

A American Psychology Association (2002) distingue três subtipos de P.D.A.H. consoante o predomínio dos sintomas de falta de atenção e da hiperactividade/ impulsividade:

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

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

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

“Uma forma interessante de olhar para o problema é imaginar a criança com PHDA como sendo um carro sem travões:

- Incapaz de travar as distrações – desatento
- Incapaz de travar os desejos – impulsivo
- Incapaz de travar as acções – hiperactivo.” (Antunes, 2009, p. 151)

Esta tipologia tem em vista o respeito pela complexidade desta perturbação do ponto de vista científico, mas mais importante, o respeito pela criança com PDAH.

Muitas crianças com PDAH não têm grande dificuldade em sentar-se tranquilamente e em controlar a sua impulsividade, mas não conseguem focar a sua atenção numa actividade ou tarefa. Outras crianças com PDAH conseguem focar a sua atenção na actividade, mas perdem-na com frequência porque são predominantemente hiperactivo-impulsivos tendo, por isso, dificuldade em controlar os seus impulsos e actividade. O subtipo mais frequente e que exige normalmente apoio de Educação Especial é o combinado. Estas crianças têm sintomas das três características.

## **2.2. Definição**

A Hiperactividade ou, na designação científica actual, a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é responsável pela enorme frustração que pais e filhos portadores desse distúrbio experimentam a cada dia. Crianças, adolescentes e adultos diagnosticados com PHDA são frequentemente rotulados de «problemáticos», «irresponsáveis», ...na verdade, agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc., são apenas algumas das características com frequência atribuídas a estas crianças (Lopes, 2004).

Citando Garcia (2001), “um facto com que nos deparamos quando iniciamos um estudo sobre a Hiperactividade Infantil é a quantidade de designações para o mesmo diagnóstico”.

Definições tais como, Disfunção Cerebral Mínima (DCM), Síndrome Hipercinética (SH), Síndrome de Défice de Atenção (DAS), Síndrome de Défice de Atenção e Hiperactividade (SDAH) ou Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade (DDAH) são alguns dos termos que são utilizados para definir a Hiperactividade/DDAH.

Nenhum destes termos é totalmente adoptado pelos profissionais que lidam directa ou indirectamente com crianças, sejam eles médicos, psicólogos, professores ou educadores de infância.

“A falta de acordo quanto à terminologia que se deve empregar para referir a Hiperactividade reflecte a existência de discrepâncias entre os especialistas acerca do conceito de Hiperactividade, a sua origem e as suas formas relevantes de manifestação. Portanto, para entender o que significa cada um destes termos, torna-se necessário conhecer qual o ponto de vista adoptado pelo profissional (médico, psicólogo, docente, etc.) que entra em contacto com a criança hiperactiva. (...) convém delimitar os modelos teóricos que se utilizam como referência dos diferentes enfoques: médico, pedagógico e psicológico/comportamental, sobre os transtornos infantis. Existem no modelo médico, inclusivamente, diferenças no conceito de Hiperactividade consoante o especialista que se consulte”. (Garcia, 2001, p. 1-2)

Para o neurologista o conceito de Hiperactividade centra-se em “possíveis deficiências ou anomalias cerebrais” (Garcia, 2001, p.1-2), enquanto que para o psiquiatra, a Hiperactividade caracteriza-se particularmente “por uma actividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade”, daí que adopte os critérios da APA (Associação de Psiquiatria Americana) que, na classificação actual (DSM-M-R,1997),a incluem na categoria das perturbações de conduta.

Contudo, é mais comum referirmo-nos a esta problemática como Hiperactividade/DDAH. A Hiperactividade é uma problemática que começa por criar dificuldades na aprendizagem e na adaptação do indivíduo ao meio nos seus primeiros anos de vida e que, na maioria dos casos, se prolonga pela vida adulta, não podendo, pois, ser considerada apenas uma condição do ser criança que se ultrapassa com o amadurecimento.

Uma criança com Hiperactividade/DDAH manifesta na sua actividade diária padrões

comportamentais em que a actividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva. São crianças que têm muita dificuldade em permanecer no seu lugar, que se mexem ou baloiçam continuamente, que mantêm um relacionamento difícil com os colegas (intrometem-se nas suas brincadeiras), não prestam atenção e precipitam as respostas, etc. Nenhuma destas manifestações deve ser confundida com má educação ou faltas de comportamento ocasionais.

Segundo Falardeau,

“a hiperactividade define-se por uma diminuição ou ausência de controlo no indivíduo que dela sofre. Insisto na palavra controlo pois este encontra-se na própria base do problema. O hiperactivo é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo.” (Falardeau, 1999, p. 21)

Silva (2005) refere que “quando pensamos em DDA, não devemos relacionar como se estivéssemos diante de um cérebro «defeituoso». Devemos, sim, olhar sobre um prisma diferenciado, pois, na verdade, o cérebro do DDA apresenta um funcionamento bastante peculiar, que acaba por lhe trazer um comportamento típico, que pode ser responsável tanto pelas suas melhores características, como pelas suas maiores angústias e desacertos vitais”.

Segundo Safer e Allen (1979) referidos por Garcia (2001) consideram que é “um distúrbio que é concebido como um atraso no desenvolvimento, que constitui um padrão de conduta persistente, caracterizado pela inquietude e pela falta de atenção excessivas e que se manifesta em situações que requerem inibição motora”.

De acordo com Lopes,

“... é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, sobreactividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância; são de natureza relativamente crónica; e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas da linguagem ou motores; atraso mental ou distúrbio emocional grave. Estas dificuldades estão tipicamente associadas com défices da auto-regulação do comportamento e da manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo.” (Lopes, 1998, p. 19)

Por seu lado, Chaves, sugere uma outra definição onde “ refere-se ao insucesso frequente da criança em agir de maneira adequada em relação à idade em situações que impõem actividade motora restritiva, manutenção da atenção, resistência a influencias distractivas, e

inibição de respostas impulsivas.” (Chaves, 1999, p. 9)

De acordo com o DSM-IV e a Associação Americana de Psiquiatria o DDAH é um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade / hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento.

Em todas as citações podemos observar que existem alguns pontos comuns tais como a impulsividade, a hiperactividade e ainda o défice de atenção. São estes os comportamentos considerados nucleares para a SDAH.

O Défice de Atenção é provavelmente o mais importante. Caracteriza-se na dificuldade sentida pela criança em controlar a sua atenção, isto é, a criança é incapaz de se manter atenta por longos períodos de tempo. Por isso, raramente termina as tarefas que começa e nas quais tem dificuldade em se concentrar, principalmente quando a tarefa é longa e especialmente, quando é «monótona». Tem também muitas dificuldades em prestar atenção aos outros. Distrai-se com facilidade e tem baixo rendimento escolar. O segundo comportamento é a impulsividade que consiste na “ dificuldade em regular a sua conduta, uma vez que passam à acção sem reflexão prévia o que se traduz por uma não aceitação das regras sociais, exige a satisfação imediata dos seus desejos, tendência a praticar actividades perigosas, baixa tolerância à frustração” (Sanchez, 1999, p. 89)

Por fim, temos a hiperactividade que é o primeiro sintoma a ser detectado. “Refere-se aos níveis excessivos de actividade motora ou oral, características da criança com SDAH, o que faz dela uma criança muito inquieta, nervosa, exibindo em geral movimentos grosseiros e desnecessários, irrelevantes para a tarefa e, por vezes, despropositados e faladora.” (Lopes, 1998, p. 18)

Concluindo, as crianças com SDAH têm graves dificuldades a nível da psicomotricidade motora e na coordenação manual. Pode-se ainda observar movimentos involuntários das mãos ou encontrá-las a falar sozinhas.

Estes são alguns dos termos que são utilizados para definir Hiperactividade. Do ponto de vista linguístico, podemos definir estes vários termos, da seguinte forma:

- ❖ *"Hiper"*, palavra que deriva do grego, e que exprime a ideia de *além de, muito, exagerado, excessivo*.
- ❖ *"Actividade"*, palavra que deriva do latim, e que exprime a ideia de *acção, movimento, pôr em movimento, ser activo*.
- ❖ *"Cinético"*, palavra que deriva do grego, e significa *baseado em movimento, ou seja, energia do movimento*.

- ❖ "*Hiperactivo* ", significa, portanto, impulso excessivo de actividade.
- ❖ "*Hipercinético*" significa, portanto, impulso excessivo de movimento.

### 2.3. Prevalência

A hiperactividade é diagnosticada com frequência nas crianças e adolescentes. A PHDA é muito frequente na infância, atingindo cerca de 1,7 – 16% da população (Fernandes, 2001), dependendo da população e dos métodos de diagnóstico utilizados.

“ Estima-se que de 3% a 5% das crianças em idade escolar sofrem de Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade (APA, 1994) e que outros 5% a 10% apresentem sintomas de DDAH em menor número mas que continuam, mesmo assim, a perturbar o curso normal da aprendizagem e o sucesso educativo.” ([http:// www.ddah.planetaclix.pt](http://www.ddah.planetaclix.pt)). Prevalências superiores a 20% têm sido descritas em crianças oriundas de meios sócio-económicos menos favorecidos (Fernandes, 2001).

Estudos apontam que esta desordem é muito mais comum em rapazes do que em raparigas: 80% a 90% dos casos diagnosticados são de rapazes.

Os sintomas, em muitos casos, vão-se atenuando com a idade, estimando-se que os casos em que se continuam a manifestar pela vida adulta rondem os 30% a 50%.

### 2.4. A PHDA no Contexto Educativo

As crianças passam grande parte do seu tempo na escola, um ambiente onde as regras são uma característica essencial. Às crianças é requerido que ouçam, sigam as instruções, respeitem os outros, aprendam o que lhes é ensinado, se empenhem na aprendizagem e, sobretudo, que passem longas horas sentadas, ouvindo mais do que falando.

As manifestações clínicas da PHDA podem ser muito precoces, mas é na escola que as alterações da atenção e a excessiva actividade das crianças afectadas constituem um problema sério.

Nas crianças com PHDA as alterações do comportamento são a desatenção, a hiperactividade e a impulsividade. A desatenção manifesta-se pela incapacidade de as crianças se manterem atentas. As crianças evitam tarefas que requeiram concentração, distraem-se facilmente e parecem não escutar. A dificuldade de concentração está sempre presente nesta síndrome. A hiperactividade resulta na impossibilidade do controlo da actividade e dos impulsos em situações

em que o controlo é fundamental, nomeadamente na escola. Perturbam as aulas, respondem antes de ser completada a pergunta, interrompem os colegas, não aguardam a sua vez, mudam constantemente de actividade e não se mantêm sentados. A hiperactividade é a principal característica desta síndrome que, quando associada à impulsividade, é particularmente problemática, levando por vezes a acidentes pessoais. A utilização das anfetaminas na acalmia dos sinais de hiperactividade e na melhoria da realização escolar destas crianças, e a vigilância, teve um impacto tão forte e duradouro, que ainda hoje, em muitos países, constitui uma forma privilegiada de tratamento destas crianças (Barkley, 1998).

As crianças com PHDA têm muitas dificuldades em cumprir as regras definidas ou em manter o empenho nas actividades dirigidas pelo adulto. Os comportamentos perturbadores e as dificuldades de aprendizagem, que lhes estão associadas, são manifestações muito frustrantes para o professor e para a criança, podendo conduzir ao desenvolvimento de sentimentos mútuos de aversão ou mesmo de hostilidade (Vásquez, in Bautista 1997). Assim, é importante estabelecer estratégias que permitam, com mais facilidade, ajustar o comportamento da criança, de tal modo que esta aprenda e deixe que os outros alunos, da turma onde se encontra integrada, aprendam também.

É importante ter sempre presente que a PHDA é uma perturbação crónica de base orgânica, cujas manifestações são agravadas pelas características ambientais, que é tratável mas não é curável, e que se prolongará por todo o percurso escolar do aluno (Barkley, 2005).

As crianças com PHDA são geralmente desorganizadas, desajeitadas, sem habilidade para o desporto, com um aproveitamento escolar irregular e pouco sociais, o que leva a uma baixa auto-estima.

Considera-se que é principalmente a partir dos 6 anos de idade que a PHDA pode ser diagnosticada com «certezas». É a partir desta idade que as crianças entram para a escola e que muitos dos sintomas se manifestam, se realçam ou se consolidam. Esta idade (por volta dos 6 anos) é importante, talvez porque é nesta idade que encontramos mais crianças com a mesma idade juntas e onde os comportamentos «incorrectos» se podem destacar. As crianças hiperactivas tendem a ter comportamentos ou atitudes desadaptadas quando comparadas com crianças da mesma idade.

A desatenção constante, a incapacidade de estar quieto e o insucesso escolar são sinais que alertam os pais e os levam a consultar um médico ou um psicólogo.

Apesar das manifestações essenciais da PHDA se manterem com uma certa consistência, vão-se diversificando e modelando em função dos estados evolutivos que a criança atravessa. Assim, o bebé difícil de manobrar pode converter-se num pré-escolar

insuportável pelo seu excesso de actividade; posteriormente num aluno incapaz de permanecer sentado durante um certo tempo e de acabar as tarefas que empreende: e seguidamente num adolescente nervoso e agitado e, finalmente, num adulto sobreexcitado e com energia excessiva.

Durante a educação pré-escolar, estas crianças manifestam comportamentos diferentes quando comparadas com crianças da mesma faixa etária, nomeadamente na atenção da aula, se bem que esteja dependente da natureza das tarefas. As tarefas que lhes permitam utilizar diferentes modalidades sensoriais e que são percebidas como divertidas, são aquelas que mais captam a atenção das crianças com PHDA. As crianças com PHDA cooperam menos com os colegas e passam grande parte do tempo a olhar para os objectos da sala de aula. É frequente que estes alunos desenvolvam hábitos ou tiques nervosos, que se mostrem mais tensos e ansiosos, que sofram cólicas e outros problemas sintomáticos (como dores de cabeça ou de estômago) e, que tenham problemas de linguagem e de fala.

Embora os sintomas da PHDA possam surgir na idade pré-escolar, é essencialmente na fase escolar que as dificuldades se vão manifestar, seja em termos do desempenho académico ou na interacção com as pessoas, ou seja, regra geral consequentemente, as crianças com PHDA têm competências sociais mais fracas.

Na idade escolar, as crianças com PHDA apresentam uma maior probabilidade de retenção, de evasão escolar, baixo rendimento académico e dificuldades emocionais e de relacionamento social. Supõe-se que os sintomas da PHDA sejam catalisadores, tornando as crianças vulneráveis ao fracasso em áreas importantes para um bom desenvolvimento, na escola e no relacionamento com os colegas. À medida que cresce o conhecimento médico, educacional, psicológico e da comunidade a respeito dos sintomas e dos problemas ocasionados pela PHDA, considera-se que um número cada vez maior de pessoas está a ser correctamente identificado, diagnosticado e tratado. Mesmo assim, suspeita-se que um grupo significativo de pessoas com PHDA ainda permanece não identificado ou com diagnóstico incorrecto. Os seus problemas intensificam-se e provocam situações muito difíceis no confronto da vida normal, por exemplo o contacto/ inter-relacionamento com os outros.

Não nos podemos esquecer que a escola constitui um espaço de extrema importância na vida de uma criança, devendo-se assumir como responsável pelo seu pleno desenvolvimento e, como sendo potenciadora do estabelecimento de vínculos sociais e afectivos. A escola desempenha um papel preponderante na avaliação das crianças ou adolescentes suspeitos de terem a PHDA. Os professores podem observar directamente a

forma como o aluno se comporta em situação de grupo e, podem comparar o desempenho do discente com o de outros da mesma idade.

A instituição escolar tem muitas dificuldades em lidar com alunos que apresentam comportamentos e atitudes diferentes ou que apresentam dificuldades específicas (Sosin & Sosin, 2006). Com os alunos com PHDA, o problema assume uma particular relevância, porque põe em causa o funcionamento do grupo - turma e exige uma actuação muito concreta e focalizada por parte do docente. Como nem as escolas, nem os docentes estão preparados, muitas vezes estas crianças são rejeitadas e assiste-se a uma longa travessia no deserto, com mudanças de escolas, queixas constantes, insucesso e abandono escolar, em conjunto com sentimentos de angústia, impotência e revolta por parte dos pais e das próprias crianças. Muitas vezes, as dificuldades de aprendizagem destas crianças, não são mais que a expressão de um, problema mais vasto e profundo, que se liga com as dificuldades de ensino e com a ausência de estratégias adequadas para lidar com este tipo de situações. Cabe à escola desenvolver um programa especial ou adoptar medidas que ajudem estas crianças a desenvolver o auto-controlo. Se a escola focalizar o comportamento inadequado e tentar procurar as melhores soluções para o caso concreto de cada criança, decerto que sentirá que está a cumprir o seu papel como educadora e formadora, beneficiando não só o aluno, como também a própria turma, que aprenderá a desenvolver padrões de colaboração e inter-ajuda face ao problema e à sua resolução.

A experiência escolar pode constituir um verdadeiro desafio para a criança com PHDA. A sua impulsividade impede-a de responder de forma reflexiva e conduz frequentemente ao erro, as dificuldades de memória a curto prazo dificultam a retenção de informação, as dificuldades de planeamento e organização interferem com a escrita, em especial, quando há tempo limitado para tal.

As crianças com PHDA não pensam no futuro, e por isso mesmo, tem que se lhes lembrar constantemente, as datas dos testes, as trabalhos de casa que têm de realizar, bem como o material necessário para a aula. As crianças com PHDA têm o seu próprio ritmo. Logo desde o 1º ciclo, começa-se a exigir que as crianças consigam permanecer concentradas numa tarefa, «durante um tempo sempre superior» à capacidade da criança com este tipo de perturbação. Além disso, os seus trabalhos apresentam-se sujos e desordenados. Outra característica destas crianças, tem a ver com a mudança constante de actividades, sendo estas incapazes de as terminar, perdendo ou esquecendo frequentemente o material.

A passagem de um ambiente estruturado, como o que existe no ensino primário, para um ambiente desestruturado, como o ensino básico e secundário, pode ser difícil para as crianças com PHDA. Mudar de sala-de-aula a todas as horas, para os alunos com PHDA, pode ser algo de complicado, e tudo é motivo de distração. Um professor substituto pode agradar à maioria das crianças, mas será uma fonte de distração para a criança com PHDA. Estas crianças não se interessam por actividades desportivas não por falta de habilidades, mas porque não lhes dedicam o tempo suficiente e porque lhes custa cumprir as normas de disciplina exigidas nestes casos.

Como podemos verificar não existe uma definição rigorosa para o conceito de hiperactividade. Os especialistas não partilham a mesma opinião sobre o que é a hiperactividade, a sua origem e as suas manifestações.

As crianças hiperactivas caracterizam-se por ser inquietas, distraídas e impulsivas, costumam ter problemas relacionados com os colegas e amigos, mostram-se impacientes, mudam constantemente de actividade, são desobedientes, e iniciam com frequência brigas ou discussões com os irmãos. Para além disso, sofrem acidentes ou quedas devido à escassa consciência do perigo revelada pelos seus comportamentos, e manifestam dificuldades de aprendizagem.

Estima-se que aproximadamente 3% a 5% das crianças escolarizadas são hiperactivas, a maioria delas do sexo masculino.

Na escola, é importante estabelecer estratégias que permitam ajustar o comportamento do aluno hiperactivo, de modo a que ele obtenha sucesso nas suas aprendizagens.

## **Capítulo 3 - Critérios de Diagnóstico da PHDA segundo o DSM-IV-TR**

### 3. Critérios de Diagnóstico da PHDA segundo o DSM-IV-TR

O diagnóstico de uma criança com perturbação de hiperactividade com défice de atenção é essencialmente clínico, baseando-se em critérios comportamentais. A confirmação do diagnóstico requer a síntese da informação recolhida junto dos pais, dos professores e de outros intervenientes no processo educativo, bem como a avaliação da criança através de uma história clínica detalhada, de um exame objectivo completo, de uma avaliação neurodesenvolvimental, da aplicação de várias escalas e, por exemplo, de outros procedimentos não rotineiros (Avaliação Pedopsiquiátrica e Educativa, Ressonância Magnética e Tomografia por emissão de Positrões).

A “PHDA não tem um marcador biológico, um parâmetro facilmente mensurável como o açúcar na diabetes, que nos permita afirmar com segurança a presença da disfunção.” (Antunes, 2009, p. 144)

O diagnóstico de PHDA não se baseia só na observação do médico, mas na dos pais, familiares e professores que permanecem com a criança a maior parte do seu tempo activo.

“ A análise do comportamento de qualquer ser vivo deverá ser feita no seu habitat natural – no caso das crianças: a casa e a escola.” (Antunes, 2009, p. 145)

Para ajudar a um diagnóstico mais preciso, a Associação Americana de Psiquiatria estabelece critérios de diagnóstico que estão bem definidos no DSM-IV-TR (APA, 2002):

#### **A. Falta de Atenção (1) ou Hiperactividade – Impulsividade (2):**

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

#### **- Falta de Atenção**

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

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

**(c)** com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;

(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades;

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

(g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

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

(i) esquece-se com frequência das actividades quotidianos.

(2) Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperactividade – impulsividade devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e consistente em relação com o nível de desenvolvimento:

#### **- Hiperactividade**

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

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

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

(d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;

(e) com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”;

(f) com frequência fala em excesso.

#### **- Impulsividade**

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

- (h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

**B.** Alguns sintomas de hiperactividade – impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos sete anos de idade.

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

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

**E.** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma perturbação geral de desenvolvimento; Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicadas por outra perturbação mental (por exemplo: Perturbação do Humor, Perturbação de Ansiedade ou Perturbação Dissociativa).

### **CrITÉRIOS Adicionais**

1. Persistem há pelo menos seis meses;
2. Surgem antes dos sete anos;
3. Presentes em mais de um contexto (casa, escola...);
4. Claramente inapropriados e inconsistentes à idade e ao nível de desenvolvimento da criança;
5. Provocam compromisso significativo nas actividades sociais, académicas ou ocupacionais;
6. Não ocorrem exclusivamente durante a evolução de perturbações do espectro autista, de esquizofrenia ou de outra doença psicótica ou mental.

Atendendo a estes critérios de diagnóstico definidos DSM-IV-TR (2002), verificamos que a diminuição da atenção, a hiperactividade e a impulsividade constituem os sintomas nucleares da PHDA.

Este capítulo retrata que o diagnóstico da hiperactividade estabelece-se a partir dos critérios do DSM-IV-TR e ressalta o surgimento da impulsividade, da falta de atenção e da actividade motora excessiva, assim como a permanência temporal dos sintomas e o seu início precoce.

## **Capítulo 4 - Etiologia**

## **4. Etiologia**

Factores que podem estar na origem da hiperactividade.

As investigações etiológicas não revelam dados precisos e conclusivos de identificação dos factores que originam esta perturbação. As causas que conduzem à Hiperactividade/DDAH são muito variáveis e, provavelmente estão dependentes dos mais variados factores, tornando-se assim difícil, na maioria dos casos, determinar com precisão a causa ou a origem deste distúrbio.

### **4.1. Factores Neurológicos**

Desde o princípio que se considerou a hiperactividade como estando relacionada com causas biológicas. Daí que as primeiras investigações desta problemática tenham pretendido analisar a relação existente entre a Hiperactividade e as estruturas funcionais do cérebro.

A partir do facto de que uma lesão cerebral origina determinados efeitos que podem dar lugar a múltiplos transtornos psicológicos e psiquiátricos, investigou-se até que ponto as crianças com actividade motora excessiva, inquietude e falta de atenção apresentam alterações cerebrais.

Embora os efeitos das lesões cerebrais sobre a conduta sejam bastante específicos, a questão que nos interessa particularmente é a possibilidade de que determinadas alterações se encontrem especialmente relacionadas com a hiperactividade infantil.

Até ao momento as tentativas efectuadas para relacionar este distúrbio de comportamento com lesões localizadas no cérebro não obtiveram resultados satisfatórios. Neste campo, a opinião mais aceite entre os especialistas é que não existem efeitos específicos sobre o comportamento consoante o local onde o dano cerebral está localizado. Assim, embora se admita que as alterações na estrutura do cérebro originam efeitos psicológicos, estes não são específicos.

Não é possível estabelecer conclusões definitivas a este respeito, pois, segundo alguns autores, o que ocorre na realidade é que o nível actual de conhecimentos científicos sobre a relação entre lesões cerebrais e alterações psicológicas se encontra limitado pelo tipo de alterações cerebrais que é possível examinar com os meios técnicos disponíveis.

Não obstante, as hipóteses que se utilizam actualmente indicam que as lesões do cérebro, mais do que provocar distúrbios específicos e, concretamente, a hiperactividade,

exercem a sua influência mediante uma maior vulnerabilidade da criança aos seus problemas psicológicos.

“ Isto significa, pois, que as lesões físicas do cérebro não são necessariamente causas de comportamentos hiperactivos, e, pelo contrário, a manifestação de condutas tais como a actividade motora excessiva, a impulsividade, a falta de atenção, etc., não supõem inevitavelmente que a criança tenha sofrido alguma alteração cerebral não detectada antes de consultar o especialista.” (Garcia, 2001, p. 28-29)

## **4.2. Factores Pré-Natais e Peri-Natais**

A influência do meio ambiente envolvente da grávida e as possíveis complicações surgidas durante a gravidez têm sido apontadas como causas possíveis dos transtornos da conduta infantil.

Vários estudos realizados realçam a

“influência negativa dos partos prematuros e do baixo peso à nascença sobre os problemas de conduta infantil. Para alguns peritos, as crianças prematuras, com baixo peso à nascença, que sofreram de anoxemia durante o parto ou de infecções neonatais, têm muitas possibilidades de desenvolver problemas comportamentais e hiperactividade. Alguns autores indicam, mesmo, que, quanto mais prematuros, mais marcadas serão as diferenças a longo prazo e menores serão as possibilidades de se desenvolverem adequadamente.

No período pré-natal, as variáveis que têm suscitado maior interesse entre os investigadores, devido à sua relação com os problemas de conduta observados na infância, são o consumo de tabaco, o abuso do álcool e o stress psicológico da mãe grávida. O alcoolismo materno é, segundo alguns especialistas, uma das causas que predispõem para a hiperactividade.” (Garcia, 2001, p. 31)

Gold e Sherry (citados por Garcia, 2001) afirmam que o abuso de álcool durante a gravidez é responsável por défice de atenção, problemas de aprendizagem, perturbações do comportamento e atraso psicomotor.

“Os resultados dos diferentes trabalhos e dos estudos longitudinais que avaliaram o comportamento destas crianças, através de etapas

evolutivas distintas, puseram em relevo que as complicações pré-natais e perinatais não afectam igualmente todas as crianças prematuras ou com peso baixo à nascença. Por outras palavras, a sua influência não é universal nem determinante, pois embora incidam em determinados aspectos problemáticos, como a inquietude, a falta de atenção, o atraso na maturação, a falta de coordenação motora e as dificuldades de aprendizagem, o seu efeito não é definitivo. Ao que parece, as condições sociais e familiares adversas em que se desenvolvem as crianças desempenham um papel de grande relevo.” (Garcia, 2001, p. 32)

As complicações perinatais, tais como, a anoxia, os traumatismos crânioencefálicos, são considerados responsáveis por mudanças estruturais e funcionais do cérebro. Para além de provocarem perturbações específicas, estas disfunções cerebrais interferem no desenvolvimento global da criança.

“Portanto, a influência dos factores pré-natais e perinatais parece existir, embora não seja específica. Por outro lado, a sua importância aumenta quando intervêm outras dificuldades externas. Consequentemente, mais do que causas determinantes, consideram-se factores de propensão, no sentido de que tornam a criança mais vulnerável à influência negativa de outras variáveis ambientais, tais como as desvantagens sociais e as dificuldades familiares.” (Garcia, 2001, p. 32)

O facto de uma criança nascer com um peso baixo, a mãe ter tido complicações durante a gravidez ou a criança ter tido algum problema perinatal, isso não é sinónimo de uma criança hiperactiva, pois poderá haver crianças que tenham sofrido todos estes aspectos e serem crianças não hiperactivas.

### **4.3. Factores Genéticos**

Depois de variados estudos sobre a hiperactividade, foi sugerida uma origem genética para este distúrbio. Trabalhos esses que foram desenvolvidos com familiares de crianças hiperactivas.

Com esses estudos foram comparados o desenvolvimento e as características dessas crianças com as dos seus familiares.

Pôs-se a questão, da incidência dos problemas das crianças hiperactivas nos seus familiares biológicos. Os comportamentos dos pais e irmãos foram estudados e comparados com os das crianças em questão.

Os diferentes estudos realizados apuraram o seguinte:

- Um número significativo dos pais de crianças hiperactivas manifestou condutas hiperactivas durante a sua infância;
- Crianças hiperactivas costumam ter irmãos que também mostram sinais de hiperactividade.

Há mais coincidência relativamente a distúrbios de conduta e à hiperactividade entre os irmãos filhos de ambos os pais, do que entre os que são filhos de apenas um dos pais.

Alguns especialistas fazem referência a um provável peso da hereditariedade,

“Os estudos estabeleceram, sem margem para dúvida, que em mais de 95 por cento dos casos, a hiperactividade é hereditária. A transmissão é feita em genes e, naturalmente, os pais não têm qualquer responsabilidade. Desta forma, os descendentes de uma pessoa hiperactiva estão mais expostos que os outros a este problema. Os estudos estatísticos mostraram que 35 por cento dos pais e 17 por cento das mães das crianças hiperactivas também são hiperactivos. No que respeita à fraternidade, os riscos são de 40 por cento para os irmãos e 10 por cento para as irmãs. Também entre os tios, as tias, e os primos.” (Falardeau, 1999, p. 36)

Os meninos em geral parecem ser mais vulneráveis do que as meninas a uma série de distúrbios de desenvolvimento. A Testosterona, produzida pelo feto masculino que surge na puberdade, tende a tornar os meninos mais agressivos e fisicamente mais activos. No entanto quando a hiperactividade ocorre nas meninas, as consequências são mais agravantes.

Geneticamente, existe ainda uma outra causa, à qual é atribuída cerca de noventa por cento de hipóteses que é a que se refere a gémeos idênticos.

Quando se fala de hiperactividade existe uma tentação de se atribuir as culpas aos factores sociais e familiares (ambiente familiar). Durante algum tempo chegou-se mesmo a atribuir-lhes, total ou parcialmente, as culpas. Hoje em dia, esta teoria foi posta de parte:

“A atitude dos pais nada tem a ver com a génese da hiperactividade. Mas parece cada vez mais evidente que os problemas familiares (desentendimentos, separações, violência, etc...) e económicos (pobreza, desemprego, etc...) aumentam o risco de que problemas comportamentais (agressividade) e emocionais se acrescentem à hiperactividade. Além

disso, é claro que um meio familiar afectuoso e tolerante, no qual os pais se interessam pela criança, diminuirá a probabilidade do aparecimento dessas complicações.” (Falardeau, 1999, p. 40)

#### **4.4. Factores Ambientais e Variáveis Psicológicas**

É evidente que a natureza e as características do trabalho, o lugar que se ocupa na sociedade, o rendimento económico ou as condições da habitação familiar não são idênticas para todas as pessoas e, portanto, não afectam de igual todos os indivíduos, no seu comportamento e nas suas experiências. Segundo dados de diferentes trabalhos, as perturbações dos pais influem no surgimento de problemas psicológicos nas crianças, devido à alteração negativa das interações entre pais e filhos. As relações entre uns e outros complicam-se e tornam-se tanto mais difíceis quanto maiores forem a gravidade e o carácter crónico da perturbação de que padecem os pais, independentemente do diagnóstico específico que estes tenham recebido.

#### **4.5. Outras Causas**

Outra linha de investigação sobre a etiologia desta perturbação dedica-se a identificar a possível influência de alterações bioquímicas no surgimento destes problemas.

Embora não existam dados definitivos, parece que a dopamina e a norepinefrina são as duas monoaminas mais claramente relacionadas com a perturbação.

Desde há alguns anos que se aponta a possibilidade desta perturbação também ser afectada por factores como o chumbo, existente no ambiente, e os componentes da dieta alimentar. No entanto, não existem provas fiáveis que demonstrem uma relação causal entre as condutas hiperactivas e a exposição a níveis elevados de chumbo.

Apesar de factores biológicos, genéticos e ambientais terem demonstrado a sua influência, não existem provas definitivas que confirmem que algum destes elementos seja o único responsável desta perturbação, daí que a hipótese admitida seja a que sugere uma etiologia multifactorial.

Como é possível constatar, existem inúmeras teorias que procuram explicar a etiologia da PHDA. Ao não se identificar um factor causal único, admite-se que existem múltiplos factores que interagem, conjuntamente, a níveis distintos e com diferente intensidade.

Por esta razão, quando os especialistas vinculados ao âmbito infantil têm de explicar a origem das condutas hiperactivas manifestadas por uma determinada criança, procuram avaliar em que medida houve a intervenção de condições biológicas, parto prematuro ou peso baixo à nascença, influências genéticas e variáveis ambientais, nível socioeconómico, saúde mental dos pais e modelos educativos adoptados por estes. Em cada caso, as diferentes manifestações do distúrbio dependerão da proporção em que cada um destes agentes causais está representado.

Embora nas últimas décadas se tenha sugerido que algumas toxinas ambientais, como o chumbo e os aditivos dos alimentos, poderão estar implicados na hiperactividade, os dados disponíveis têm demonstrado certos efeitos gerais sobre o comportamento infantil, mas não existem efeitos específicos sobre as condutas hiperactivas.

No entanto, uma questão se levanta: haverá uma única causa que explique a origem de um distúrbio tão heterogéneo, ou, pelo contrário, será resultado de um conjunto de factores?

## **Capítulo 5 - Observação e Registo**

## 5. Observação e Registo

Reconhecendo a importância da observação, na análise dos comportamentos e para estabelecer eventuais conexões entre eles, é relevante proceder aos registos daí decorrentes para, na medida do possível, os quantificar, tornando-os mais objectivos e tão rigorosos quanto o permite esta área.

### 5.1. Escalas

É aconselhável o recurso a escalas que devem ser concebidas apenas com a inclusão daquilo que é observável e pode ser quantificado. Os registos devem efectuar-se em casa e na escola. Em qualquer das situações, deve-se restringir o intervalo de observação e contabilizar o número de vezes que a mesma ocorrência se regista.

As escalas de avaliação são instrumentos amplamente utilizados que permitem avaliar as crianças hiperactivas, mediante a informação facultada pelos pais e professores que estão em contacto com a criança no seu meio natural.

Estas escalas fornecem-nos as primeiras informações sobre os alunos dadas pelas pessoas mais familiarizadas com o comportamento da criança, pois passam com ela vários meses ou anos.

São fáceis, rápidas e económicas quer na aplicação, requerendo apenas pequenas instruções do especialista, quer na leitura quer na interpretação (Simões, 1998a). Tais instrumentos são, por vezes, também designados de «questionários» ou «inventários do comportamento». As escalas de avaliação são consideradas como métodos indirectos, visto que envolvem descrições retrospectivas do comportamento da criança.

Podem também ser aplicadas antes, durante e depois da implementação de um programa de intervenção. Utilizam-se também na fase diagnóstica da avaliação, na formulação de hipóteses, permitindo a despistagem e identificação de problemas.

As escalas contemplam um leque diversificado de itens, que incluem várias dimensões do funcionamento psicológico, quer comportamentais, cognitivas e emocionais, quer globais e específicas.

As escalas de pontuação de Conners permitem avaliar separadamente quatro áreas do comportamento da criança: atenção, hiperactividade, tarefas sociais e comportamentos de oposição. Elas podem ainda ajudar a fazer o diagnóstico provisório da PHDA, permitindo

estimular a gravidade das suas manifestações clínicas e monitorizar a resposta da criança à terapêutica adoptada. Contudo, não permitem fazer o diagnóstico definitivo desta perturbação.

Garcia (2001) e Simões (1998b) referem o facto de as escalas terem, no entanto, algumas limitações entre as quais se destaca a falta de correspondência entre o conteúdo dos itens das duas versões, quando procedem de fontes de informação distintas (dos adultos consultados). Esta divergência resulta de vários factores, nomeadamente a existência de diferenças reais no comportamento da criança em meios distintos e factores e variáveis pessoais dos informadores, tais como as suas características psicopatológicas, experiências, motivações, níveis de informação, entre outros.

Simões (1998b) refere outras limitações destas escalas de avaliação, nomeadamente a falta de fiabilidade da estabilidade dos resultados através do Teste Reteste. Vários investigadores alertam-nos para a tendência que os mesmos informadores manifestam em comunicar menos problemas de comportamento encontrados da primeira para a segunda avaliação. Assim sendo, e com vista a aumentar a fiabilidade destas escalas, deve utilizar-se intervalos mais reduzidos entre as avaliações. Por outro lado, estas escalas estão sujeitas à influência de atitudes por parte dos informadores, existindo, em alguns casos, a tendência de assinalar todos os itens de forma negativa, através da escolha da opção «muito frequentemente», apenas com o intuito de que a criança seja medicada o mais rapidamente possível, de forma a controlar o comportamento indesejado.

Podemos dizer, então, que estas escalas de avaliação são susceptíveis a enviesamentos e a tendências de resposta por parte da pessoa questionada e que o recurso isolado deste método não permite a definição de um diagnóstico, sendo necessário recorrer a outros métodos de avaliação.

Com as Escalas de Conners para pais e professores, os adultos informam-se sobre o comportamento da criança, escolhendo de quatro opções de resposta, que vão do «nunca» ao «muito frequentemente», a que melhor corresponde ao nível de gravidade dos problemas actuais. Inclui diversas versões, cada uma delas com um número diferente de itens.

#### **5.1.1. Escala de Conners (Reduzida) para Professores**

A Escala de Conners para professores (Anexo 1) apresentada neste trabalho é de vinte e oito (28) itens e quatro (4) sub-escalas de forma completa, a seguir nomeadas:

- Oposição (5 itens)
- Problemas Cognitivos – Desatenção (5 itens)

- Excesso de actividade motora (7 itens)
- Índice de PHDA (12 itens)

Trata-se de uma escala multidimensional, isto é, que cobre vários domínios de funcionamento, que abrange o comportamento e a personalidade, incluindo problemas como a desatenção, a hiperactividade, a agressão, o comportamento anti-social, entre outros.

O questionário para os professores avalia o comportamento da criança na escola, a sua participação no grupo e a sua reacção perante a autoridade, no fundo, o seu ajustamento ao meio escolar. Os professores são considerados as melhores fontes de informação relativamente a problemas como a actividade excessiva e as dificuldades de atenção, uma vez que observam a criança num contexto que coloca grandes exigências quer ao nível da restrição de movimentos quer da atenção prolongada.

#### **5.1.2. Escala de Conners (Reduzida) para Pais**

A Escala de conners para Pais (Anexo 2) é constituída por vinte e sete (27) itens e inclui quatro (4) sub-escalas da forma completa, a seguir mencionadas:

- Oposição (6 itens)
- Problemas Cognitivos – Desatenção (6 itens)
- Excesso de actividade motora (6 itens)
- Índice de PHDA (12 itens)

O questionário para os pais avalia factores como problemas de conduta, problemas de aprendizagem, problemas psicossomáticos, impulsividade-hiperactividade e ansiedade, relativos ao comportamento da criança em casa.

Os pais têm vantagem em relação aos professores de poderem observar a criança ao longo de vários anos e num número mais diversificado de situações. Para além disso, as percepções dos pais são muito importantes dada a influência no comportamento da criança.

### **5.2. Instrumentos aplicados à criança**

A avaliação da hiperactividade mediante a informação proporcionada pela própria criança tem-se baseado em provas que detectam défices perceptivo - cognitivos, de coordenação visual -motora e de rendimento intelectual.

Segundo Garcia (2001) com esta finalidade, empregam-se, entre outros, a *Escala de*

*Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC)* - aplicável entre os 5 e os 15 anos e adaptada à população espanhola -, o *Teste Gestáltico Visual - Motor de Bender*, o *Teste de Desenvolvimento da Percepção Visual de Frosting*, o *Teste do Labirinto de Porteus*, e, para avaliar especificamente os défices de memória, os *Testes de Execução Contínua (CPT)*.

Da *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC)* utiliza-se especialmente o subteste dos dígitos, que explora a atenção sustentada e a memória auditiva imediata. Este subteste é formado por duas partes: a primeira, com séries de dígitos de 3 a 9, que a criança deve repetir pela ordem directa, enquanto, na segunda parte, com séries de 2 a 8 dígitos, o que deve fazer pela ordem inversa. A apresentação dos dígitos é verbal e ao ritmo de um dígito por segundo.

O *Teste Gestáltico Visual - Motor de Bender* consiste em pedir à criança que copie nove figuras (desenhos geométricos e pontos) que o especialista lhe mostra para medir a sua destreza perceptiva e motora. O *Teste do Labirinto de Porteus* mede a coordenação visual - espacial e a impulsividade. As crianças devem traçar caminhos por diferentes labirintos de complexidade crescente. Na avaliação final, consideram-se duas medidas: o número de labirintos completados com êxito e o total de traços realizados impulsivamente e sem ordem ou sequência lógica.

Os *Testes de Execução Contínua* utilizam-se para avaliar a manutenção da atenção em tarefas que exigem que se esteja vigilante. Enquanto a criança permanece sentada diante de uma tela, aparecem desenhos diferentes em sequências determinadas e num período de tempo delimitado. A tarefa consiste em detectar quando dois desenhos idênticos que se apresentam misturados, aleatoriamente, com outros estímulos, surgem um atrás do outro. A criança deve apertar um botão de cada vez que vê a sequência combinada. Os possíveis erros podem ser: passar por cima de um par de desenhos idênticos, ou pulsar o botão quando aparecem outros desenhos não idênticos. Aparentemente, as crianças hiperactivas, no seu conjunto, cometem mais falhas e têm tempos de reacção maiores nestas provas do que as não hiperactivas, quando se concentram o suficiente para fazer a prova.

### **5.3. Observações comportamentais**

Realizam-se observações da conduta infantil no seu meio natural, sobretudo na escola. A avaliação vê-se facilitada pelo emprego de códigos de observação que consistem em situar as diferentes condutas observadas em categorias comportamentais distintas. Assim, uma

categoria comportamental inclui várias condutas definidas objectivamente, e, portanto os códigos comportamentais referem-se a duas ou mais categorias.

Segundo Garcia (2001) a sua utilização foi alargada ao âmbito da avaliação da hiperactividade há várias décadas, embora por vezes se tenham aplicado instrumentos específicos sem garantias psicométricas. Não obstante, os códigos de observação contam com vantagens como a de facilitarem o registo dos comportamentos manifestos, característicos do distúrbio, para além de se obter uma fiabilidade elevada entre os avaliadores. Estes códigos de observação empregam-se frequentemente para medir a eficácia das intervenções terapêuticas, porque a sua estrutura facilita a avaliação dos tratamentos.

Um dos instrumentos mais ressaltados é o *Código de Observação da Conduta na Sala de Aula* (Abikoff e Gittelman, 1985), que foi adaptado à população espanhola por Ávila e Polaino-Lorente (1991). O código permite registar as condutas da criança hiperactiva na escola e conta com dez categorias comportamentais que recolhem comportamentos diversos (verbais, vocais, de postura e especiais) que ocorrem durante as aulas em situações de trabalho pessoal.

#### **5.4. Exame Neurológico**

A maioria dos investigadores desta área concorda com a impossibilidade de atribuir as causas deste «desvio» comportamental a problemas graves de ordem neurológica.

Assim não será fácil, nem esperada, a descoberta de qualquer anormalidade que explique e justifique as alterações. De qualquer modo, é sempre mais um elemento a considerar e esta, por si só, é já razão bastante para justificar a sua realização.

#### **5.5. Electroencefalograma**

É um meio auxiliar de diagnóstico que face ao «alvo» da sua acção parece não possuir alguma relevância na detecção de eventuais disfunções orgânicas. Contudo, não sendo conhecidas as causas de PDAH todos os factores devem ser considerados na avaliação.

## **5.6. Avaliação Psicopedagógica**

Não nos parece que alguns dos parâmetros sujeitos a este tipo de acção tenham qualquer influência nas atitudes cuja génese gostaríamos de conhecer, mas entendemos que a aplicação e consequente análise de sub testes específicos nas áreas que mais reflectem estas disfunções serão muito úteis pela informação que nos fornecem.

## **5.7. Instrumentos Mecânicos de Avaliação**

Trata-se de mecanismos automatizados que se empregam para medir o nível de actividade da criança. Segundo Garcia (2001) a adopção do método concreto que convém utilizar depende do tipo de movimentos que interesse anotar. A sua utilização tem-se limitado a situações de laboratório, nunca tendo sido utilizados no ambiente natural da criança. Entre estes métodos contam-se os actómetros, os oscilómetros e as células fotoeléctricas.

A função dos actómetros é a de registar o movimento da parte do corpo em que o braço ou as costas se unem normalmente. Vêm a ser uma espécie de relógio de corda que a criança leva no pulso e que regista a sua actividade motora mediante os movimentos das agulhas.

Os oscilómetros são almofadas sensíveis à pressão; entre elas, a almofada estabilimétrica que se coloca num assento e regista o movimento de balanceamento quando a criança permanece sentada e realiza tarefas que requerem atenção e concentração.

As células fotoeléctricas utilizam-se para registar os movimentos infantis de um lado para o outro. Concretamente, servem para analisar as deslocações motoras da criança num espaço físico.

Todavia, para alguns autores, os instrumentos mecânicos, apesar de úteis para registar tipos concretos de actividade, carecem de interesse na prática clínica infantil. A sua utilização está bastante limitada a movimentos muito específicos e, portanto, não são medidas válidas para conhecer o nível global de actividade motora, dado que os diferentes aspectos desta actividade não estão correlacionados. Para além disso, estes mecanismos não proporcionam resultados que possam ser comparados, embora sejam concebidos para registar o mesmo tipo de actividade motora. A isto acresce-se que não existem dados normativos onde basear a interpretação dos resultados obtidos relativamente a uma criança, em particular, cujas pontuações, para além do mais, mostrem escassa estabilidade ao longo do tempo. Por último,

os resultados obtidos com estes métodos em trabalhos distintos são muito inconsistentes.

Pelo facto de a hiperactividade ser normalmente acompanhada de dificuldades de aprendizagem e problemas escolares, os \_\_\_\_\_ consideram que os resultados das provas psicológicas têm de ser complementados com informações sobre o rendimento académico da criança. Este aspecto pode ser avaliado através das estimativas que os actuais professores realizam, assim como mediante a aplicação de um teste de rendimento, ou por intermédio da comparação das suas qualificações académicas com as que obtêm os seus colegas.

Por último, há a acrescentar que a avaliação dos alunos hiperactivos através de outras crianças (como é habitual nas perturbações infantis, mediante a aplicação de sociogramas) se encontra limitada, sobretudo no início, pelo momento em que se detectam estes problemas (início da escolarização). Os autores que trabalham neste âmbito assinalam que a idade e as capacidades cognitivas dos colegas influem na persistência e na constância das escolhas destas crianças. Este factor é, como se sabe, determinante para que o sociograma seja válido. Por este motivo, com crianças menores de 10 anos, os psicólogos optam por outros meios e por outras fontes para avaliar a hiperactividade.

Vasquez (1997) refere que “a quantificação dos comportamentos associados à hiperactividade pode ser feita com recurso à almofada estabilimétrica ou actómetro que permite o registo quantificado dos movimentos” mas, para além de só ser possível o seu uso em laboratório, as informações não são tão relevantes que justifiquem a sua intervenção.

## **5.8. Diagnóstico Referencial**

Sendo a criança um ser em devir, ela apresenta frequentemente comportamentos que evidenciam alterações face à norma e que vão sendo progressivamente resolvidos pela própria criança no seu processo de autocontrolo e amadurecimento.

Se pretendemos, para alvo do nosso trabalho, apenas o estudo daqueles que se situam no âmbito da hiperactividade, é importante o diagnóstico diferencial que inclui o historial da evolução do caso, o registo da sua detecção e o seu estado actual assim como testes, escalas e registos de observação que justificam o uso da designação de hiperactivo.

É ainda relevante que o exame à criança inclua: “avaliação do estado neurológico, coordenação motora, desenvolvimento neurológico, exames à vista, à audição, à sua situação psíquica, personalidade e inteligência.” (Shweizer e Prekop, 2001, p. 117)

Aconselha ainda um EEG (Electroencefalograma), uma Radiografia, Tomografia Computorizada (TAC) ou Ressonância Magnética (RM), para além de testes de alergia.

Este capítulo é dedicado à avaliação psicológica das crianças hiperactivas. O psicólogo analisa os ambientes: familiar, escolar e social da criança, para além de ter em conta o seu desenvolvimento evolutivo. Em função destas premissas, aplica instrumentos específicos para avaliar os diferentes aspectos do distúrbio, e, para isso, conta com diversas fontes de informação: para além do próprio indivíduo, também consulta os pais e os professores.

Para recolher informação junto dos adultos, o especialista utiliza entrevistas e escalas de avaliação que proporcionam dados sobre o comportamento da criança em casa e na escola. Quando a avaliação se realiza a partir da própria criança, utilizam-se testes que medem a atenção mantida enquanto realiza tarefas que exigem concentração, coordenação visual - motora, etc. Também se empregam provas mecânicas para conhecer o nível de mobilidade, embora de forma mais restrita.

## **Capítulo 6 - Intervenção**

## **6. Intervenção**

Apesar da medicação ser muito importante, pais e professores têm também um papel fundamental na redução ou eliminação da hiperactividade, mediante a aplicação correcta dos princípios de modificação do comportamento. Segundo Porfirio, Fernandes e Borges (1998), a mais indicada de todas as possíveis terapias é a multidisciplinar que envolverá as vertentes com:

- Tratamento médico, baseado em psicofármacos.
- Tratamento comportamental, baseado em técnicas de modificação de conduta.
- Tratamento cognitivo – comportamental que utiliza técnicas cognitivas e comportamentais.

### **6.1. Intervenção Educativa**

“É o professor, que mais e melhor conhece o aluno, e deverá ter um papel importante na identificação das Necessidades Educativas Especiais.” (Rafael Bautista, 1997)

Lopes e Rutherford, consideram seis técnicas como estratégias específicas para a mudança de comportamentos perturbadores:

- “ 1. Reforço social**
- 2. Gestão de contingências**
- 3. Contratos comportamentais**
- 4. Sistemas de créditos**
- 5. Ensino positivo**
- 6. Autogestão.”** (Lopes e Rutherford, 2001, p. 81)

No reforço social, incluem qualquer acto socialmente recompensador, que demonstre a constatação da mudança ainda que esta possa parecer quase insignificante.

Estes autores sugerem ainda, algumas linhas orientadoras que, na sua perspectiva, poderão potencializar este reforço tais como: ignorar o comportamento inadequado; utilizar o reforço positivo imediatamente a seguir ao comportamento que o justifica; individualizar o reforço, o que obviamente requer cuidadosa observação da criança em diversas situações de interacção; sistematizar insistentemente o reforço inicial; reforçar as tentativas do aluno para se aproximar do comportamento desejado e depois deste estabelecido, passar a reforçá-lo de

forma intermitente.

Na gestão de contingências, referem uma técnica que reforça sistematicamente os comportamentos adequados que se inter-relacionam com outros menos conseguidos, ou seja, gerir com muito equilíbrio a interdependência entre aqueles que a criança naturalmente adopta e os que pretendemos que ela desempenhe. Para atingir este objectivo, o professor deve cumprir as indicações de:

“1º - Especificar os CBP (Comportamentos de Baixa Probabilidade)

Exemplos:

- Exercícios de matemática
- Trabalhos de ortografia
- Regras da aula
- Tarefas da aula

2º - Especificar quais os CAP (Comportamentos de Alta Probabilidade / reforçadores)

Exemplos:

- Recreio mais cedo
- Puzzles
- Visitas aos amigos
- Jogos de computador

3º - Estabelecer níveis mínimos de realização de Comportamentos de Baixa Probabilidade antes de os associar a comportamentos de Alta Probabilidade.” (Lopes e Rutherford, 2001, p. 94)

Por contratos comportamentais, entendem-se os acordos entre duas ou mais pessoas estipulando as respectivas responsabilidades (Anexo 3). Devem ser bem definidos e os seus parâmetros negociados pelas partes envolvidas.

Os mesmos autores atribuem a estes contratos as seguintes características:

“1º - O contrato deve ser um documento formal e escrito, especificando todas as responsabilidades e privilégios das partes envolvidas.

2º - O contrato deve ser assinado e receber o acordo das duas partes.

3º - Os termos do contrato devem ser positivos e claros.

4º- O contrato deve “apelar à” e “recompensar” a realização e não a obediência.

5º- A recompensa deve seguir-se imediatamente à realização do comportamento contratado.

6º - Os termos do contrato devem ser justos, realistas (isto é, passíveis de cumprimento) e satisfatórios para ambas as partes. Seja por isso justo e limite-se aos seus direitos e deveres.” (Lopes e Rutherford, 2001, p. 97)

Sistema de créditos consiste em entregar ao aluno, imediatamente após a realização do comportamento positivo, um determinado número de créditos (equivalentes a pontuação) e que este poderá ir acumulando. Também esta estratégia deve revestir linhas orientadoras que Lopes e Rutherford (2001) enumeram:

“1º- Os comportamentos a reforçar devem constar de um contrato preferencialmente escrito (embora possa ser simplesmente oral) e ser específicos, ou seja, devem ter uma definição comportamental clara e incluir uma referência aos níveis de desempenho que se espera que sejam atingidos pelo aluno.

2º - Os créditos devem ser distribuídos logo após a ocorrência do comportamento.

3º - Deve estabelecer-se um número específico de reforços de apoio ou prémios que os alunos poderão «comprar» com os créditos acumulados.

O «custo» dos reforços de apoio deve ser especificado no contrato.

4º - É necessário determinar um momento específico para trocar os créditos pelos reforços de apoio.” (Lopes e Rutherford , 2001, p. 104)

Ensino positivo é a designação que estes autores dão à atitude geral do professor perante os alunos. Consideram três áreas relevantes segundo esta perspectiva: o ambiente de aprendizagem, a utilização do tempo dos alunos e as estratégias de comunicação.

Incluem, nesta designação, a gestão do espaço no que respeita à disposição das carteiras e dos alunos, calendarização dos temas e conteúdos e ainda a gestão das tarefas a executar.

Lopes e Rutherford, consideram eficaz o ensino que assenta em investigação realizada em três áreas distintas mas que entre si se complementam:

“a) Investigação sobre as características dos professores

A investigação nesta área tem procurado definir características como, por exemplo, a inteligência, experiência, traços de personalidade, crenças, expectativas como predictores da eficácia do professor.

b) Investigação sobre os métodos de ensino

Uma segunda área de estudos relaciona-se, não com as características dos professores, mas com os conteúdos e objectivos dos cursos, com os materiais, os espaços, etc. A investigação sobre os “métodos de ensino” tem um carácter francamente experimental, sendo conduzida em contextos aplicados, procurando comparar-se, por exemplo, dos métodos diferentes de ensino

de leitura, observando-se posteriormente os efeitos de cada um deles nas realizações e atitudes dos alunos.

c) Investigação sobre o comportamento dos professores

A investigação nesta área é muitas vezes directamente assimilada à investigação da eficácia do professor ou mesmo tomada como sinónimo desta.” (Lopes e Rutherford (2001, p. 109)

Autogestão é uma estratégia que se apoia essencialmente na auto-motivação para a mudança como factor essencial à modificação de comportamentos perturbadores. “Deixar os alunos envolverem-se na gestão do seu próprio comportamento pode pois constituir uma forte motivação para o processo de modificação de comportamento na aula” (Lopes e Rutherford, 2001, p. 114).

Como linhas de orientação, estes autores aconselham:

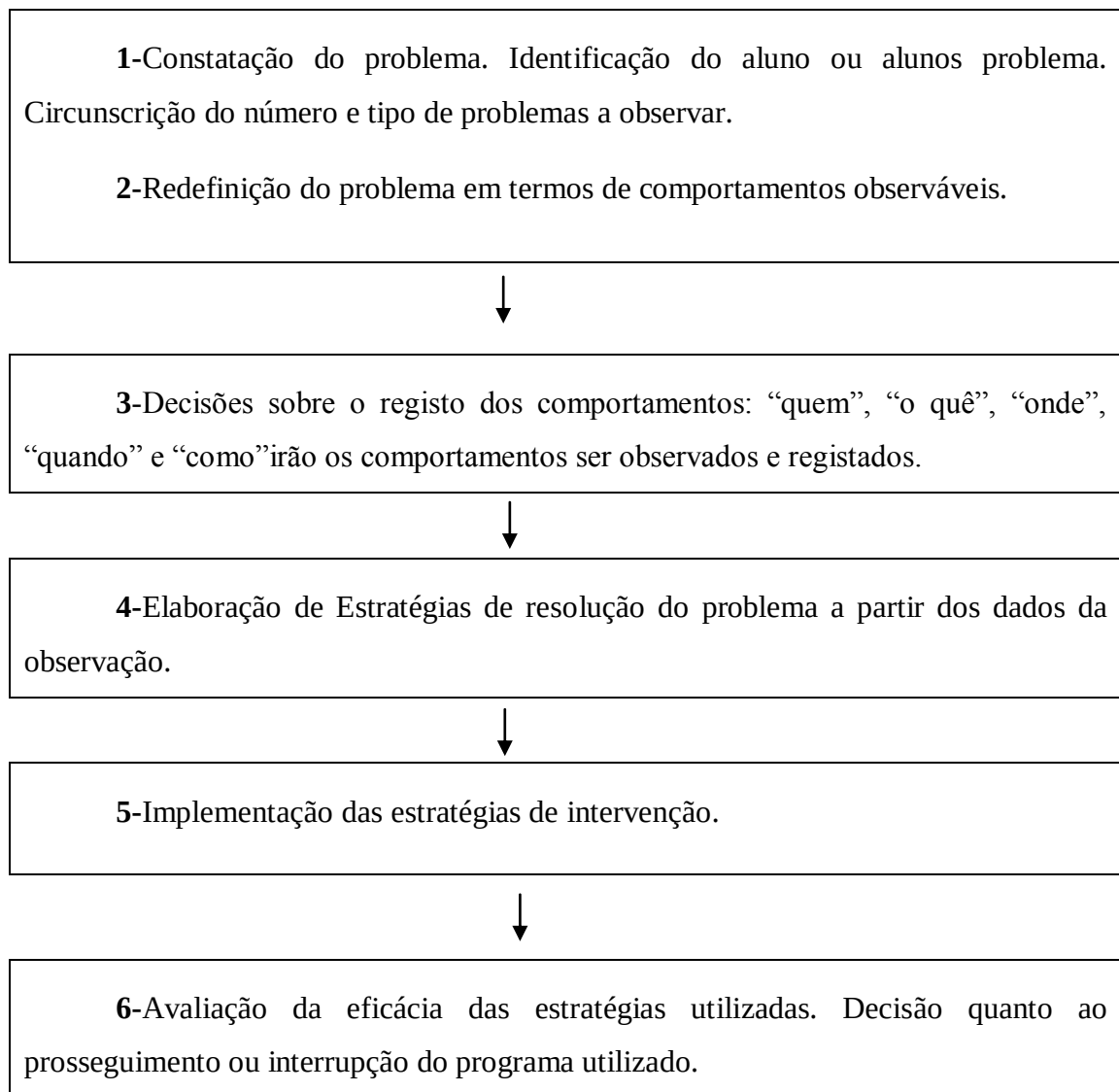
1º- Defina os comportamentos que na verdade quer que os alunos assumam.

2º - Estabeleça claramente para si mesmo quanto «poder» está disposto a pôr nas mãos da turma.

3º - Estabeleça clara e publicamente aos alunos as expectativas que tem acerca deles.

Porque achamos que as modificações de comportamento requerem formas estruturadas e sequenciais, referimos um esquema dos passos de um programa de modificação de comportamento:

**Figura 1:** Passos de um Programa de Modificação de Comportamento (Lopes e Rutherford, 2001, p. 125)



#### **6.1.1. Princípios eficazes para ensinar alunos hiperactivos**

Segundo Parker (2003), nos últimos anos, tem-se escrito muito acerca dos tipos de programas educacionais que melhor podem ajudar alunos com PHDA ou acerca das características de professores que podem auxiliar estas crianças a terem um melhor desempenho escolar. “Apesar de não existirem dois alunos com PHDA exactamente iguais e a necessitarem precisamente do mesmo tipo de ambiente de aprendizagem, existem alguns princípios gerais que parecem fazer sentido que sejam seguidos quando se ensina alunos hiperactivos”. (Parker, 2003, p. 55)

### ▪ **Manter uma sala de aula estruturada**

Parker (2003), refere que os docentes devem desenvolver esforços no sentido de manterem uma estrutura e uma rotina nas suas salas de aula. Faz sentido que, na sala de aula, o professor estabeleça fronteiras bem definidas para a criança hiperactiva e que os pais tenham expectativas semelhantes acerca do comportamento na escola e em casa.

Ao estabelecerem regras de sala de aula claramente definidas, os professores comunicam as suas expectativas em relação ao comportamento e ao desempenho dos alunos. No entanto, para serem eficazes, as regras devem ser feitas cumprir de forma consistente. Os esforços desenvolvidos pelo aluno para agir em conformidade com as regras da sala de aula devem ser elogiados pelo professor e o sucesso escolar de um aluno deve ser comunicado aos pais para que haja um reforço adicional em casa.

A estrutura na sala de aula é igualmente promovida quando existem rotinas estabelecidas para o desempenho de tarefas repetitivas. Os procedimentos de início do dia escolar, de entrega e de recolha de trabalhos, de atribuição de tarefas, de verificação do trabalho de casa e das tarefas atribuídas na sala de aula, de formação em linha, para saída da sala, etc. tornam a sala de aula mais previsível e ajudam o aluno a formar bons hábitos comportamentais.

### ▪ **Treino de competências de organização e de estabelecimento de objectivos**

“Os professores devem incentivar os alunos hiperactivos a serem organizados, apesar de poderem ter dificuldades ao fazê-lo.” (Parker, 2003, p. 55). Orientar alunos com problemas de ordem organizacional no sentido de, diariamente, porem os seus pertences e área de trabalho em ordem e verificar as suas carteiras, para incentivar a apresentação e a ordem, pode constituir uma enorme ajuda para o aluno hiperactivo. O reforço positivo frequente, especialmente no início da cada actividade, motivará o aluno para dedicar mais tempo a gerir a seu trabalho e os seus materiais.

Os professores devem pedir aos pais que cooperem no treino de competências de organização, dedicando tempo para estarem com os filhos, de forma a assegurarem que estes se estão a organizar.

Muitas vezes, os alunos hiperactivos têm dificuldade em estabelecer objectivos e em realizar tarefas, especialmente os projectos a longo prazo. É provável que estes alunos necessitem de ajuda extra dos pais e dos professores para estabelecerem metas realistas para

concluírem os projectos. Dividir os projectos em tarefas mais pequenas e fixar prazos para a conclusão de cada uma delas será menos ameaçador para o aluno e aumentará as hipóteses de sucesso em cada fase. Os professores e os pais devem falar uns com os outros com frequência, a fim de verificarem os progressos do aluno, e devem também elogiar e incentivar o aluno.

▪ **Modificar a apresentação das aulas e introduzir adaptações nas tarefas a realizar**

Considerando que os alunos hiperactivos têm dificuldade em fixar a atenção e que rapidamente perdem o interesse nas tarefas, as professores necessitam de desenvolver esforços adicionais no sentido de modificarem a sua forma de dar aulas, a fim de darem resposta às necessidades destes alunos.

Segundo Parker (2003), os docentes antes de apresentarem uma aula devem captar toda a atenção da turma e tentar estabelecer contacto visual com aqueles alunos que têm dificuldade em fixar a atenção. Apresentar a aula de forma significativa para o aluno, tentando estabelecer ligação com algo que o interesse, referir-se ao aluno pelo seu nome, à medida que a aula vai sendo apresentada, e mostrar aprovação, nos momentos adequados, são factores que podem constituir uma grande ajuda para o discente.

Os professores podem fazer adequações para o aluno hiperactivo, reduzindo as tarefas, concedendo à criança tempo extra para completar o trabalho, se necessário, estabelecendo intervalos num longo período de trabalho ou incentivando o aluno a manter-se a trabalhar.

▪ **Usar a atenção do professor como motivação**

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

Durante a exposição da aula, deve-se procurar usar as experiências pessoais do aluno para transmitir os conceitos pretendidos. Os computadores podem ajudar a aumentar a motivação e a atenção. Os professores podem descobrir que os materiais de aprendizagem que se apoiam no recurso informático são mais capazes de captar e de fixar o interesse do aluno hiperactivo. Gráficos coloridos, aprendizagem interactiva e retorno imediato às respostas

funcionam como ímanes para atrair a atenção. Os professores podem também usar o tempo de trabalho com os computadores como, reforço para o bom comportamento e, por vezes, permitir o trabalho com esse equipamento durante o dia escolar.

▪ **Sentar o aluno perto do professor**

Os alunos hiperactivos “devem sentar-se perto de um bom modelo, ou próximo do professor, de forma que possam ser incentivados a trabalhar.” (Parker, 2003, p. 57) Deve-se tentar evitar sentar alunos hiperactivos próximo dos outros, perto de janelas ou de expositores, ou mesmo perto de áreas da sala em que estão sujeitos a mais distrações.

▪ **Planear antecipadamente as transições**

Os alunos e os professores gastam uma considerável parte do seu dia em transições. Estes momentos são difíceis para os alunos hiperactivos, devido aos seus problemas de desorganização e de impulsividade. Estes alunos têm dificuldade em se acalmarem e em reunirem os seus pertences, de forma a seguirem para uma nova actividade. Particularmente difícil para estes alunos é a mudança de uma actividade não estruturada, isto é, educação física, almoço, etc., para uma outra mais estruturada que requer deles autocontrolo e trabalho realizado em sossego. Segundo Parker (2003), para apoiar os alunos nas transições, o professor deve:

- Estabelecer regras para as transições, isto é, recolher os materiais de que necessitam, mover-se sossegadamente, manter pés e mãos controlados e ficar pronto para a actividade seguinte.
- Rever as regras para os momentos de transição com a turma, até a rotina estar estabelecida.
- Supervisionar os alunos de perto, durante os períodos de transição.
- Proporcionar retorno imediato e consistente aos alunos que estão a agir adequadamente.
- Estabelecer limites de tempo para as transições, isto é, tentar completar uma transição em três minutos, etc.

### ▪ **Identificar os pontos fortes do aluno**

Muitas vezes, os alunos hiperactivos desenvolvem problemas no domínio da auto-estima, como resultado da sua fraca realização escolar. Os professores podem ter um poderoso impacto na percepção que o aluno tem de si mesmo, estabelecer uma relação professor - aluno positiva é essencial, tanto para facilitar a aprendizagem como para incentivar o desenvolvimento da auto-estima positiva no aluno. Esta relação deve ser baseada no carinho, na compreensão, no respeito e no incentivo. “Para além de reforçar uma auto-estima vacilante, a preocupação positiva de um professor incentivará os alunos a porém mais esforço no seu trabalho, tanto para satisfazerem o professor como a si mesmos.” (Parker, 2003, p. 57)

Os professores devem procurar áreas em que o aluno com hiperactividade se possa destacar. “O aluno que se vê como um contribuinte válido para a sua aula ou escola tem muito mais probabilidade de desenvolver um sentido positivo de si do que um aluno que sente nada ter para oferecer.” (Parker, 2003, p. 57)

Pequenas realizações podem fazer uma grande diferença nesta área. O docente deve procurar encontrar responsabilidades que o aluno pode assumir e ajudar a estabelecer um sentido de importância no aluno, no que diz respeito ao trabalho que está a desenvolver.

### ▪ **Usar instruções, avisos e consequências eficazes, para melhorar o comportamento**

Segundo Parker (2003), uma vez que os alunos com hiperactividade apresentam com frequência níveis mais elevados de inconformidade e de desatenção, é importante que os docentes dêem instruções de forma a que aumente a probabilidade de o aluno agir em conformidade.

“Instruções específicas, breves e repetidas uma única vez à criança têm mais probabilidade de serem obedecidas do que aquelas que são: vagas (*Faz o que é suposto fazeres!*); apresentadas sob a forma de pergunta (*É isso que é suposto estares a fazer?*); demasiado elaboradas (*Se não fazes o que é suposto fazeres e não fazes o teu trabalho, irritarás todos os outros e nunca acabarás a tempo para o almoço!*) ou repetidas uma e outra vez” (Parker, 2003, p. 58)

Dar uma só instrução pode não ser suficiente para fazer com que um aluno faça o que lhe é pedido. A instrução pode ter de ser seguida por um aviso e por uma consequência, de forma que o aluno perceba que o professor está a falar a sério. As consequências devem ser

criadas para ensinar a criança a agir em conformidade no futuro e não necessitam de ser excessivamente duras ou punitivas.

Como refere Parker (2003), a perda de um privilégio, o período de pausa, o trabalho adicional, um recado para os pais, etc., são consequências razoáveis para a maior parte destas situações. Sempre que possível, as consequências devem ser aplicadas de forma calma, mas firme e directa.

#### ▪ **Ensinar a automonitorização**

“A automonitorização é um método de ensinar os alunos a prestarem atenção ao seu comportamento e a avaliarem o seu próprio desempenho, o que conduz a um melhor autocontrolo” (Parker, 2003, p. 58). A automonitorização requer que o aluno aja como um observador do seu próprio comportamento e que registre as suas observações. Tem sido usada na sala de aula para ajudar as crianças a prestarem atenção e concluírem tarefas académicas, para aumentar a velocidade de desempenho na sala de aula, para controlar o comportamento, etc.

Como salienta Parker (2003), foram publicados vários programas de automonitorização concebidos para ajudar alunos hiperactivos a fixarem melhor a atenção na aula. O Programa Ouve, Olha e Pensa (Parker, 1990) usa uma cassette que emite um sinal sonoro de vez em quando para incentivar o aluno a fixar a atenção nas tarefas. O aluno faz uma marca numa ficha própria, para registar se estava a prestar atenção quando o som foi emitido. Têm sido desenvolvidas outras estratégias para incentivar os alunos a trabalharem de forma ordenada, a usarem as competências sociais adequadas com outras crianças, a levantarem a mão antes de falarem, etc.

### **6.1.2. Estratégias eficazes para dar aulas a alunos com PHDA**

#### ○ **Diagnóstico e avaliação**

É fundamental que uma criança que apresente dificuldades na sala de aula, ou no recreio, seja primeiro devidamente avaliada antes de se formular um plano de controlo. A avaliação deverá envolver um pediatra e um psicólogo. “Não se deve preparar um plano de controlo antes de se fazer esta avaliação, que estabelece os pontos fortes e as dificuldades específicas de uma criança e identifica a(s) causa(s) dos seus problemas.” (Selikowitz, 2010, p. 178)

### ○ **Atitudes dos professores**

“Para controlar adequadamente uma criança com PHDA, o professor tem de compreender o que significa ser uma criança com esse distúrbio. O professor também tem de ter consciência da sua própria atitude e reacção à criança.” (Selikowitz, 2010, p. 178)

Há professores com uma tendência natural para terem empatia com alunos com hiperactividade e que conseguem trabalhar bem com estas crianças. Outros irritam-se e sentem-se frustrados a trabalhar com estas crianças e notam que os seus métodos pedagógicos, bem-sucedidos com crianças que não sofrem deste distúrbio, não funcionam com as que têm PHDA.

Um professor que se sinta frustrado ao trabalhar com estes alunos e que considere difícil realizar um programa de controlo do comportamento ou fazer ajustes na sala de aula para uma criança com PHDA, deve recorrer ao psicólogo da escola, a fim de ultrapassar as suas dificuldades.

### ○ **Acomodação na sala de aula**

Segundo Selikowitz (2010), é fundamental que os professores criem um ambiente de aprendizagem propício à criança com hiperactividade. Esta criança deve ficar na primeira fila, perto da secretária do professor. O professor deve garantir que o lugar da criança esteja integrado na disposição habitual das carteiras da sala de aula e não à margem. Ao sentá-la à frente, o professor consegue garantir a atenção da criança. Este lugar tem ainda a vantagem de fazer com que o aluno fique de costas para o resto da turma, pelo que os colegas têm menos hipóteses de a distrair. A velha ideia de mandar o aluno «endiabrado» para o canto da sala, ou deixar que se sente lá ao fundo é totalmente desadequada no caso destas crianças.

É conveniente sentar esta criança no meio de duas outras que sejam bons exemplos. O exemplo é o melhor ensinamento e a criança com PHDA irá beneficiar se imitar o comportamento das crianças à sua volta e terá menos motivos de distracção.

Sempre que for possível, o professor deve manter a criança com PHDA afastada dos focos de distracção como, por exemplo, um aparelho de ar condicionado e uma janela.

Estas crianças carecem de um ambiente de aprendizagem interessante, mas o professor não deve cair na tentação de criar um ambiente demasiado «atarefado». Em vez de encher as paredes com posters repletos de informação e objectos pendurados, o professor deve tentar que a sala de aula fique interessante, mas com um tom neutro. “As mochilas devem

ficar ao fundo da sala, a um canto, e as secretárias e os quadros devem manter-se vazios.”  
(Selikowitz, 2010, p. 179)

#### ○ **O recreio**

Assim como é importante oferecer um ambiente de aprendizagem propício à criança na sala de aula, é igualmente essencial que o aluno hiperactivo seja adequadamente apoiado no recreio.

Estes alunos necessitam frequentemente de serem vigiadas no recreio, para que não se magoem nem magoem os outros. Esta vigilância deve ser exercida de maneira a que a criança não sinta que está a ser marginalizada.

Deve ser autorizada a brincar com crianças mais novas, caso queira. É comum as crianças com esta perturbação terem mais afinidades com crianças mais novas e sentirem-se mais felizes nesses grupos.

#### ○ **Trabalhar com os pais em equipa**

“Os professores de uma criança com este distúrbio devem manter um contacto regular com os pais do aluno. Por vezes, isto faz-se bem através da caderneta da escola, ou do caderno diário da criança. Para assuntos confidenciais, deve marcar-se uma reunião.”  
(Selikowitz, 2010, p.180)

O objectivo da comunicação pais/professores é garantir que todos estão a par dos progressos da criança e dos passos que estão a ser dados no sentido de a apoiar no contexto escolar e familiar. É ainda uma oportunidade para os professores conversarem com os pais sobre estratégias de apoio ao trabalho da criança em casa. Podem incentivar os pais a ajudar a criança a estudar e a corrigir os trabalhos de casa.

#### ○ **Dar instruções**

Como refere Selikowitz (2010), os alunos hiperactivos não possuem grandes competências auditivas, sendo importante que os professores saibam dar instruções a estes alunos. Em primeiro lugar, é importante captar a atenção do aluno. Geralmente é necessário que o professor se ponha à frente dele e que, inclusivamente, lhe toque, para garantir que é capaz de o ouvir. No entanto, o professor não deve insistir para que a criança olhe para ele, pois as crianças com PHDA têm geralmente uma fraca auto-estima e não conseguem manter o

contacto olhos nos olhos. Forçar a criança a esse contacto visual só leva a que ela se sinta mal, pois é incapaz de se concentrar no que está a ouvir.

As instruções, dadas ao aluno hiperactivo, devem ser breves e claras, pois estes alunos não têm boa memória a curto prazo e sentem muitas dificuldades em reter uma instrução com várias partes. É sempre conveniente verificar se a criança percebeu a instrução dada antes de iniciar a tarefa.

#### ○ **Alteração de trabalho e testes para o aluno com PHDA**

Os docentes devem garantir que os alunos com hiperactividade sejam avaliadas pelos conhecimentos que têm e que não são injustamente penalizados pelas suas dificuldades de concentração.

É importante que a criança não seja sobrecarregada com tarefas que exijam uma grande persistência.

“As perguntas, para esta criança, devem ser apresentadas aos «pedacinhos» e não numa folha cheia de perguntas. Os exercícios devem ser divididos em partes mais pequenas e em folhas diferentes, que devem ser distribuídas em separado.

Poderá ser necessário que o professor se reúna com o Conselho Pedagógico ou com o professor de ensino especial para alterar as avaliações e os trabalhos de casa, de acordo com as áreas fortes e fracas da criança. Poderá ser necessário fazer um programa educativo individual para o aluno.”  
(Selikowitz, 2010, p. 183)

O aluno hiperactivo deverá beneficiar de mais tempo para terminar os testes, pois as crianças com PHDA ficam facilmente frustradas e reagem mal ao stress de um teste. Também lhes é muito difícil passarem as suas opiniões para uma folha de papel e geralmente reagem melhor a um teste de escolha múltipla.

#### ○ **Controlo do comportamento**

Segundo Selikowitz (2010), é importante que o professor converse com o aluno hiperactivo em privado, de modo a equacionar maneiras de o ajudar. O professor tem de ser capaz de chamar a criança à parte, com alguma descrição para que os outros alunos não percebam, para poder discutir com ela questões de comportamento mais problemáticas. Esta conversa deve ser feita com calma, de modo a que professor e aluno possam, em conjunto, delinear algumas estratégias. Deve delinear-se logo à partida as consequências para o

comportamento menos adequado. Devem ser discutidas as estratégias de controlo do comportamento. Os castigos devem ser proporcionais ao que a criança faz de mal e não desnecessariamente severos.

É importante não esquecer que as crianças com PHDA gerem muito mal as mudanças e deve-se-lhes dar o devido desconto. Estas mudanças incluem os momentos em que regressam à sala de aula, após os intervalos, quando trocam de sala, ou quando têm um novo professor. É natural que fiquem excitadíssimas quando sabem que as espera uma actividade de que gostam.

Em todas as circunstâncias, os professores devem ter por objectivo a auto-estima da criança. Ridicularizá-la e criticá-la deve ser evitado a todo o custo. As recompensas devem ser dadas com liberalidade para ajudar a cimentar-lhe a auto-estima. As recompensas devem ser dadas o mais depressa possível, após a demonstração do comportamento desejado.

“Sempre que for possível, encoraje a criança a controlar o que faz. Isto ensina-a a ter autocontrolo. Para controlar o que faz, a criança tem de observar o seu próprio comportamento e registar as observações.” (Selikowitz, 2010, p. 185)

#### ○ **Apoio suplementar para crianças com PHDA**

Os alunos com hiperactividade estão geralmente atrasados numa ou mais disciplinas. Precisam, por isso, de algum apoio individualizado. Geralmente, aprendem muito bem quando estão sozinhos e notam-se grandes progressos quando recebem uma atenção individualizada.

Os professores talvez possam arranjar algum tempo durante o dia para se sentarem sozinhos com o aluno e prestarem-lhe apoio individualizado. Se não conseguirem, ou se tal não for suficiente para os professores prestarem a ajuda necessária, é importante que se encontrem outras formas de apoio à criança.

As escolas podem ter financiamento para um professor de ensino especial, que presta apoio individualizado às crianças com dificuldades de aprendizagem. Se não for possível, talvez o professor possa arranjar um voluntário para apoiar estas crianças, ou pedir aos pais para arranjam um apoio extra-escolar.

#### ○ **Os professores e a medicação da criança**

Os docentes desempenham um papel relevante no acompanhamento prestado à administração da medicação às crianças com hiperactividade e no controlo dos efeitos

secundários, positivos e negativos. “Um professor que não conheça as potenciais vantagens da medicação nestas crianças não reúne condições para desempenhar este papel.” (Selikowitz, 2010, p. 186).

Para que a medicação surta bons resultados, é necessário administrá-la juntamente com outras estratégias.

É fundamental que a criança que toma medicação não se sinta limitada por isso. O docente deve evitar dizer à criança, à frente dos colegas da turma, para tomar a medicação. No caso de alunos pequenos, o docente deve verificar, discretamente, se o aluno tomou a medicação.

Aos docentes cabe ainda a função de controlar os efeitos, positivos ou negativos, da medicação.

“É uma pena que ainda haja professores e directores com uma atitude negativa em relação à medicação para a PHDA. É por esta razão que pediatras e pais podem decidir não envolver o professor no controlo da medicação da criança.” (Selikowitz, 2010, p. 187)

### **6.1.3. Adaptações:**

As listas de verificação que se seguem visam oferecer alguns exemplos de modificações que podem ser operadas no ambiente de sala de aula e nos métodos de trabalho do professor para facilitar a integração e o sucesso escolar da criança com PHDA (adaptado de S. Rief, 1998).

#### **Adaptações Educativas:**

|                                            |                                                        |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <u>1. No ambiente da aprendizagem</u>      | <u>6. Nos métodos de ensino</u>                        |
| <u>2. Para obter a atenção dos alunos</u>  | <u>7. Nas estratégias</u>                              |
| <u>3. Para focar a atenção dos alunos</u>  | <u>8. Na manutenção dos alunos em actividade</u>       |
| <u>4. No ritmo de trabalho</u>             | <u>9. Na avaliação</u>                                 |
| <u>5. Para manter a atenção dos alunos</u> | <u>10. No tratamento de comportamentos inadequados</u> |

## **1. Adaptações no ambiente da aprendizagem**

- Sentar a criança numa área com poucos distractores.
- Colocar os alunos de forma a que todos possam ver o quadro.
- Evitar toda a fonte de estimulação que não seja o próprio material da aprendizagem.
- Ajudar a manter a área de trabalho da criança livre de materiais desnecessários.
- Dar oportunidades à criança para se movimentar.
- Identificar sons do exterior que possam perturbar o aluno.
- Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, se necessário.
- Manter na sala «cantinhos», onde a criança possa fazer alguma actividade manual ou artística.
- Estabelecer e realizar tarefas de forma rotineira.
- Estabelecer regras bem claras e exigir o seu cumprimento.
- Construir listas de verificação para que o aluno se organize.

## **2. Adaptações para obter a atenção dos alunos**

- Fazer uma pergunta interessante, especulativa, usar uma imagem, contar uma pequena história ou ler um poema para gerar a discussão e o interesse na lição que se seguirá.
- Experimentar uma brincadeira, uma teatralização para despertar a atenção e aguçar a curiosidade.
- Contar uma história. As crianças de todas as idades gostam de ouvir histórias, especialmente histórias pessoais. É a forma mais eficaz de ganhar a atenção.
- Adicionar um pouco de mistério. Levar um objecto relevante para a aula numa caixa ou num saco. É uma forma fantástica de despertar a curiosidade e a vontade de adivinhar e pode conduzir a excelentes discussões ou servir de motivação para a expressão escrita.
- Chamar a atenção dos alunos com algum som: uma campainha, um despertador, etc.

- Variar o tom de voz: alto, suave, sussurrante. Experimentar dar uma ordem num tom de voz elevado «Atenção! Parados! Prontos!» seguido de alguns segundos de silêncio antes de prosseguir num tom de voz normal para dar instruções.
- Usar sinais visuais: acender e apagar as luzes ou levantar as mãos o que indicará aos alunos que devem levantar a sua mão e fechar a boca até que todos estejam calados.
- Enquadrar o material visual para o qual se pretende a atenção dos alunos com as mãos ou com outro material colorido.
- Se estiver a usar o retroprojector, iniciar com a projecção de uma imagem divertida no écran para despertar a atenção.
- Usar a cor para despertar a atenção.
- Demonstrar e modelar entusiasmo sobre a lição que se seguirá.
- Usar o contacto visual. Fazer com que os alunos olhem para o professor quando este se lhes dirige.

### **3. Adaptações para focar a atenção dos alunos**

- Empregar estratégias multi-sensoriais quando falar para os alunos.
- Projectar a voz, tendo a certeza de que se está a ser ouvido por todos os alunos.
- Chamar os alunos para a frente, para perto do professor, se o objectivo é uma lição expositiva.
- Explicar a finalidade e a relevância da aula para prender a atenção dos alunos.
- Incorporar demonstrações e actividades manuais na lição, sempre que possível.
- Usar uma lanterna de bolso ou um apontador laser: desligar a luz e captar a atenção dos alunos iluminando os objectos relevantes.
- Usar guias de estudo incompletos que serão preenchidos pelos alunos à medida que for prosseguindo a aula. Estes preencherão as lacunas com base no que o professor for dizendo ou escrevendo.

- Usar material visual. Escrever palavras-chave ou desenhos no quadro enquanto dá a aula. Usar material apelativo como desenhos, gestos, diagramas, objectos.
- Fazer muitas Ilustrações. Não importa que não desenhe bem. Encorajar os alunos a desenhar também, mesmo que não haja talento para o desenho. Os desenhos desajeitados, às vezes são melhores para ajudar a lembrar determinada matéria.
- Usar um apontador cómico para orientar a atenção dos alunos para o que se quer mostrar.
- Levar os alunos a escrever pequenas notas ou ilustrações sobre palavras-chave da aula.

#### **4. Adaptações no ritmo de trabalho**

- Ajustar o ritmo da aula à capacidade de compreensão do aluno.
- Alternar actividades paradas com actividades mais activas.
- Conceder mais tempo para completar as tarefas.
- Reduzir a quantidade e a extensão do trabalho e dos testes.
- Espaçar pequenos períodos de trabalho com paragens ou mudança de tarefa.
- Estabelecer limites precisos para terminar as tarefas.
- Estabelecer contratos escritos com prémios para a finalização de determinadas tarefas.

#### **5. Adaptações para manter a atenção dos alunos**

- Deslocar-se pela sala para manter a visibilidade.
- Organizar a matéria a ensinar em temas, sempre que possível, permitindo que se estabeleçam ligações entre os diferentes aspectos.
- Fazer a apresentação da matéria a ensinar de uma forma viva e a um ritmo ligeiro, evitando momentos mortos na aula.
- Permitir que os alunos falem e não se limitem a ouvir, reduzindo ao máximo possível o tempo que o professor passa a falar.
- Estruturar a aula de maneira que se formem pequenos grupos ou pares de alunos para maximizar o envolvimento e a atenção dos alunos.

- Fazer uso frequente de respostas em coro, sobretudo quando é possível uma resposta com poucas palavras. Durante a aula, parar com frequência e levar os alunos a repetir em coro uma ou duas palavras-chave.
- Usar o computador, sempre que disponível, para desenvolver determinadas competências. O computador pode ser uma ferramenta muito apelativa.

## **6. Adaptações nos métodos de ensino**

- Fazer uma apresentação geral da lição antes de a começar.
- Relacionar a informação nova com a experiência da criança.
- Usar exemplos concretos antes de seguir para o abstracto.
- Dividir as tarefas complexas em tarefas mais pequenas.
- Reduzir o número de conceitos apresentados de uma vez.
- Levar os alunos a verbalizar as instruções e os conteúdos aprendidos.
- Complementar as instruções orais com instruções escritas.

## **7. Adaptações nas estratégias**

- Evitar o uso de linguagem abstracta como metáforas ou trocadilhos.
- Destacar a informação mais importante.
- Usar frases curtas e reduzidas ao essencial do assunto em estudo.
- Chamar a atenção do aluno antes de apresentar aspectos chave.
- Familiarizar o aluno com o novo vocabulário.
- Evitar que seja necessário tomar muitas notas do quadro ou copiar muita informação dos livros.
- Usar fichas de aplicação bem organizadas, evitando a confusão de elementos.
- Dar pistas ou dicas ao aluno para que ele inicie o trabalho
- Evitar pressionar demasiado o aluno para se despachar ou fazer correcto.

## **8. Adaptações para manter os alunos em actividade**

- Estabelecer na classe um ambiente mais cooperativo e menos competitivo.
- Utilizar ao máximo possível as estratégias de aprendizagem cooperativa.

- Usar o trabalho de grupo de forma adequada, não apenas trabalhar em grupo. As crianças com DHDA têm dificuldade em integrar-se em grupos mal estruturados em que os papéis não estão bem definidos.
- Ter a certeza de que todos os alunos compreendem o trabalho que têm de fazer antes de os pôr a trabalhar individualmente.
- Designar um colega para acompanhar o aluno verificando se este compreendeu as tarefas.
- Dar, trabalho individual aos alunos, o tipo de trabalho que sabemos que eles serão capazes de completar.
- Providenciar outro trabalho de fácil execução no caso de o aluno ter de esperar pela ajuda do professor.
- Utilizar os alunos para ajudar outros alunos enquanto o professor está ocupado com um determinado grupo.
- Utilizar os colegas para ler para o aluno as informações mais importantes.
- Utilizar os colegas para incentivar o aluno a permanecer na tarefa (de forma mútua).
- Ter sinais que os alunos podem usar para sinalizar o professor de que precisam de ajuda (uma bandeira, ou outro sinal qualquer que haja sido combinado).
- Verificar com frequência o que se passa na sala. Todos os alunos precisam de reforço positivo. Fazer comentários positivos com frequência e elogiar os alunos.
- Alguns alunos gostam de competir com o relógio. Um simples despertador ou cronómetro pode incentivá-los a despacharem-se no trabalho.
- Estabelecer um sistema de prémios, em que os alunos recebem um determinado brinde se atingirem um objectivo previamente definido.

## **9. Adaptações na avaliação**

- Permitir instrumentos de avaliação alternativos (apresentação oral, resposta múltipla, etc.)
- Estabelecer, de comum acordo, expectativas realistas quanto aos resultados a alcançar.
- Aceitar respostas com as palavras-chave apenas.

## **10. Adaptações no tratamento de comportamentos inadequados**

- Antecipar e prevenir os problemas, sempre que possível.
- Estabelecer regras precisas e consequências claras.
- Evitar uma linguagem de confronto.
- Estabelecer alternativas para comportamentos inadequados.
- Estabelecer na sala um local para «esfriar».
- Elogiar generosamente os comportamentos adequados.
- Ignorar comportamentos. Alguns comportamentos perderão o impacto se forem ignorados.
- Evitar, tanto quanto possível, dar atenção a comportamentos inadequados iniciados apenas com esse objectivo.
- Evitar criticar o aluno.
- Verificar os níveis de tolerância e ser compreensivo perante sinais de frustração.
- Falar em privado com o aluno acerca dos seus comportamentos inapropriados.
- Providenciar comportamentos alternativos aos comportamentos indesejados.
- Remover objectos que possam iniciar um comportamento não desejado.
- Reagir com humor em momentos de tensão para a aliviar.

Em teoria, todas as crianças com PDAH podem receber uma educação apropriada sem apoio de serviços de educação especial. No entanto, na prática pode acontecer que esta seja uma solução inevitável para alguns (nunca o é para todos).

A adequação dos programas escolares deverá ser uma vertente fundamental nas opções de tratamento, pois é na escola onde se manifestam mais os sintomas que impedem uma aprendizagem normal.

### **6.1.4. Estratégias Educacionais**

Porque os distúrbios hiperactivos estão frequentemente associados aos de aprendizagem, não se conhecendo ao certo os factores da sua dependência (Fonseca et al, 1995; Rebelo et al, 1998), é imprescindível que a intervenção se oriente para facilitar a aprendizagem desses alunos. Por isso, importa recorrer às técnicas consideradas eficazes para melhorar o ensino, geralmente conhecidas como estratégias remediativas, uma vez que já se

parte de problemas existentes. Caso as dificuldades não tenham atingido níveis de gravidade consideráveis, mas haja indicações de que para aí conduzem, é igualmente relevante tomar medidas preventivas.

Os alunos com défices de atenção e hiperactividade, para aperfeiçoar ou remediar as suas competências escolares básicas, para aprender a ler e escrever e para fazer cálculos matemáticos, assim como para aprender a gerir a sua aprendizagem, requerem, frequentemente, instrução remediativa ou apoios escolares suplementares. Porém, mais do que fornecer-lhes tudo isto, paralelamente à leccionação normal na sala de aula, há que, da parte de todos os professores e outros profissionais da escola, introduzir métodos diversos de prevenção e de intervenção, subordinados a estes princípios: promoção de ensino activo e contínuo de normas e regras, relativas a comportamentos apropriados; distinção e fixação de níveis e contingências a essas normas e regras, adaptando as expectativas do pessoal da escola a eles; modificação dos currículos escolares e das normas de avaliação, de maneira a ir de encontro aos seus problemas e a evitar frustrações e desmotivação, melhorando os resultados e níveis de aprendizagem; monitorização e supervisão contínua da aprendizagem nas disciplinas básicas (leitura e escrita, matemática) ou noutras disciplinas curriculares; fomentar a independência dos alunos, ensinando-os a organizar as matérias escolares e a adoptar estratégias adequadas de estudo e de trabalho.

Embora estas estratégias não tenham sido desenvolvidas especificamente para os alunos hiperactivos/desatentos, elas podem ter indirectamente um efeito positivo na resolução ou controlo dos seus problemas. Por isso, sucede que quando estes alunos são ajudados a superar as suas dificuldades de aprendizagem, eles, muitas vezes, passam a estar mais atentos, mais motivados e empenhados na sala de aula, colaboram mais e, conseqüentemente, tornam-se menos inquietos e perturbadores.

Os estímulos, conselhos, explicações que o professor apresenta desempenham papel importante na modificação concreta de comportamentos problemáticos. A sua adaptação às dificuldades que os alunos hiperactivos revelam levará certamente a um maior empenhamento e participação nos trabalhos escolares e a uma maior probabilidade na finalização das tarefas e em mais sucesso na aprendizagem. Para isso, é necessário que os professores acompanhem muito de perto esses alunos.

Muitas vezes, os alunos não observam as normas e regras da escola porque as não conhecem bem ou não se dão conta da sua importância. Esta afirmação é, em geral, válida para qualquer aluno, mas aplica-se com maior pertinência a alunos com problemas de atenção,

impulsividade e hiperactividade. São, pois, sobretudo estes que necessitam que se lhes diga abertamente, e sem ambiguidades, o que têm que fazer, que normas e regras devem, nesse preciso momento ou muito proximamente, observar. Se necessário, explicar bem, dando exemplos concretos e avaliando, a seguir, se foram bem compreendidas. Um modo de o fazer será escrever as regras de comportamento no quadro ou numa folha a colocar na mesa do aluno; além disso, ir lembrando-lhas de vez em quando, sobretudo quando forem infringidas.

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

1. lembrar as regras aos alunos e ensinar-lhas activamente, através de discussão e exemplos;
2. manter com os alunos contacto visual;
3. antes de iniciar uma actividade, lembrar-lhes os comportamentos indispensáveis e que são esperados para a sua realização;
4. andar, movimentando-se pela sala de aula, de modo a aconselhar e instruir os alunos, em ordem ao comportamento;
5. utilizar estímulos e sinais não-verbais na orientação de alunos hiperactivos, de modo a reorientá-los, enquanto se está ocupado com outros alunos;
6. dar instruções rápidas, curtas e bem direccionadas;
7. certificar-se de que os alunos compreenderam o que se explicou e fizeram o que foi pedido, antes de passar para um outro assunto, o que deverá ser feito de modo breve e bem organizado;
8. comunicar, com frequência e de maneira clara, a distribuição dos assuntos por tempos, indicando quando se espera que estejam acabados; ajudar a memorizar as regras, fazendo-lhes perguntas de vez em quando.

Para alunos hiperactivos, é também, geralmente, importante atender às circunstâncias ambientais. Daí a proposta de os colocar em espaços onde não existam muitos estímulos irrelevantes para a tarefa, afastando-os de colegas que facilmente os distraiam, e em local de sala-de-aula, onde os professores possam facilmente seguir e orientar. Por isso, convém que estes alunos estejam integrados em turmas mais pequenas.

A introdução das estratégias, acabadas de enumerar, na prática de leccionação dos professores parece, por um lado, prevenir comportamentos inadaptados e, por outro, remediar

os já existentes. A sua aplicação exigirá conhecimento, aceitação e prática, por parte dos professores, que, não os possuindo, necessitarão de formação em exercício.

## **6.2. Intervenção Comportamental**

As intervenções comportamentais desenvolveram-se a partir dos anos 60, tendo por base a publicação de vários trabalhos que vieram evidenciar a possibilidade de controlar o comportamento das crianças, através da alteração das variáveis ambientais com ela relacionadas.

Os métodos utilizados orientam-se no sentido de controlar os comportamentos alterados e supõem que estes dependem de factores ou estímulos presentes no ambiente. Segundo esta perspectiva, é possível reduzir, alterar ou melhorar o comportamento a partir da alteração do ambiente circundante.

São aplicadas as noções de reforço, extinção e castigo, de forma a produzir a alteração dos comportamentos.

O tratamento comportamental deve basear a sua linha de actuação em três vertentes: o treino dos pais, o tratamento centrado na criança e a intervenção centrada na escola.

Segundo Vasquez (1997), a estratégia de intervenção deve seguir, de um modo geral, os passos das técnicas de modificação do comportamento, a saber:

- (1) definição operacional do comportamento indesejado;
- (2) estabelecimento de uma linha de base;
- (3) definição dos factores que motivam o comportamento e o fazem persistir;
- (4) aplicação do programa de alteração do comportamento com recurso sobretudo ao reforço;
- (5) avaliação do processo.

Esta estratégia tem em conta que um determinado comportamento é influenciado pelos antecedentes e que a sua repetição estará dependente dos consequentes.

Por outras palavras, o objectivo de qualquer terapia comportamental consiste em reduzir a frequência de comportamentos inadequados e aumentar a frequência de comportamentos desejados. A melhor maneira de influenciar um determinado comportamento é prestar-lhe atenção e a melhor maneira de aumentar a frequência de um comportamento desejado é «apanhar a criança a portar-se bem».

Assim, as estratégias de modificação do comportamento têm como objectivo induzir respostas adequadas, aumentando a probabilidade do comportamento desejável se repetir, e diminuir a probabilidade da ocorrência dos comportamentos inadequados, levando-os à extinção. É necessário ter presente que um comportamento inadequado só se extingue quando é substituído por um comportamento socialmente aceitável.

### **6.3. Intervenção Familiar**

“Saltam, pulam, correm, sem que nada nem ninguém os faça parar. Têm energia a mais, não conhecem limites e estão permanentemente a desafiar os perigos.” (Sanchez, 1999).

Regra geral, os pais apercebem-se que algo não está bem com o filho e, face esta constatação, procuram, de médico em médico, uma solução, mas a vivência do problema altera as suas interacções sociais e condiciona igualmente as da criança.

Ser mãe ou pai de uma criança com DHDA não é fácil, pois haverá uma grande dificuldade em perceber como é que uma criança aparentemente normal consegue ser «tão cansativa», tão desgastante e tão pouco capaz de seguir instruções ou ordens que lhe são repetidas vezes sem fim.

Em diversas situações do dia-a-dia, os pais destas crianças sentem um enorme constrangimento e até um evidente desgosto por verificarem que apesar da sua persistência educativa, os filhos são capazes de os deixar ficar mal em público. Assim, torna-se necessário que os pais tenham consciência de que as crianças não têm culpa do comportamento que exibem e são aliás as primeiras vítimas desses comportamentos.

Ter um filho com DHDA provoca uma considerável pressão sobre a coesão conjugal, pois é muito difícil manter o equilíbrio e as relações saudáveis quando a tentação é culpabilizar o outro pelo descontrolo do(a) filho (a). Os conjugues fazem, um ao outro, aquilo que sentem que terceiros lhes fazem a eles, acusações injustas, desinteresse ou falta de empenhamento. Esta situação não contribui em nada para a solução do problema; muitas vezes é antes um entrave ao arranjar soluções para o problema, na medida em que a criança ao aperceber-se que o clima de tensão tem muito a ver com o seu comportamento, aumenta o seu nível de ansiedade, o que a torna ainda mais instável (Lopes, 2003).

Ferguson e Asch, citados por Chaves, referem a emergência em modificar quatro atitudes negativas no comportamento dos pais destas crianças:

“- Isolamento da criança do mundo exterior;

- Simulação muitas vezes através do silêncio e da negação que nada está errado;

- Tentativas de descobrir formas de “resolver” as dificuldades ou minimizar as diferenças;

- Minimizar o impacto da excepcionalidade longe da criança enquanto trabalham para assegurar que o seu filho tenha uma vida plena.”  
(Chaves, 2001, p. 16)

A maioria destes pais possui pontos de vista negativos sobre as suas crianças. “Os pais das crianças com dificuldades de aprendizagem têm tendência a atribuir o sucesso mais à sorte do que à capacidade, e o fracasso mais à falta de capacidade do que à sorte.” (Idem)

Na problemática específica do nosso estudo, a PDAH é transcendente à participação activa dos pais para que se produza a generalização da aprendizagem da criança na vida diária. Chaves considera, resumidamente, que são determinantes as seguintes recomendações básicas:

1- Prestar atenção à criança, ouvindo-a e falando-lhe com tranquilidade. Os pais devem explicar à criança o seu problema e quais os meios de o ultrapassar.

2- Se o comportamento da criança afecta a sua realização escolar, é imprescindível que os pais mantenham uma entrevista pessoal com o professor para uma troca de opiniões sobre a criança e para planificar conjuntamente o apoio à criança.

3- Os pais devem conhecer os interesses do filho e utilizá-los como elementos motivacionais para o ajudar a aprender, de modo mais eficaz, seguindo programas de aprendizagem associados. Um pai ou uma mãe podem dizer ao filho: «Quando acabares os trabalhos escolares podes ir brincar com a bola.»

4- Actuarem sempre como modelos positivos.

5- Ajudar a criança a aumentar a confiança em si e a sua auto-estima.

6- Demonstrar carinho à criança com beijos e carícias. A criança hiperactiva necessita de contacto físico e de afecto.

7- Aceitar a criança como ela é. Não criar expectativas inadequadas,

acima das suas possibilidades.

8- Favorecer uma situação estruturada. Manter constantes os horários das refeições, banho e sono.

9- Comunicar à criança qualquer possível alteração da dinâmica familiar com suficiente antecipação para que a criança possa adaptar-se a ela.

10- Participar nas tarefas domésticas segundo as suas capacidades.

11- Comentar de modo tranquilo à criança as suas más actuações e fazer-lhe ver que é necessário sempre pensar antes de actuar e que a pressa provoca acidentes.

12- Utilizar o castigo físico como meio corrector apenas quando é absolutamente necessário.

13- Elogiar a criança quando se comporta bem. Isso faz aumentar os comportamentos positivos.

14- Preocupar-se com a alimentação da criança e com uma dieta nutritiva adequada com suporte vitamínico suficiente.

15- Comentar os erros da criança e encontrar possíveis alternativas aos seus erros.

16- Não actuar com a criança permissivamente. A liberdade total pressupõe uma maturidade que estas crianças não têm. Quando estão num ambiente sem normas definidas, sentem-se ansiosos e confusos. Estas crianças aprendem pouco quando os adultos estão pouco preocupados em motivá-los.

17- Recomendar aos pais que utilizem a sua autoridade de forma assertiva, o que implica saber dizer “não” quando a criança pede ou exige coisas pouco razoáveis.

18- Permitir um ambiente consistente. A consistência não significa rigidez mas coerência e firmeza nas atitudes dos pais. (Chaves, 1999, p. 50)

Para Forehand e Mac Mahon (1981) citados em Chaves (1999), os procedimentos de treino, a desenvolver com os pais das crianças que apresentam PDAH, exigem nove sessões com a duração média de uma hora e meia, a duas horas para grupos e uma hora e meia para famílias individualmente. Por considerarmos útil ao presente estudo, optámos pela sua

transcrição (Anexo 4).

Stephen R. Covey, citado por Lopes (2003), enuncia um conjunto de regras que podem revelar-se preciosas na forma de lidar com o comportamento instável, irrequieto e imaturo das crianças com DHDA, tais como:

- Ser proactivo, isto é, torna-se preferível antecipar aquilo que vai suceder e estar preparado para agir sobre os acontecimentos e não propriamente reagir-lhes, não se pode reagir ao comportamento das crianças com DHDA por impulso, pois, corre-se o risco de ser imprevisível, incoerente e até carentes de autoridade. As crianças com DHDA precisam que as pessoas que lidam diariamente com elas sejam estáveis, firmes, coerentes e, simultaneamente, compreensivas e disponíveis.

- Agir com um objectivo estabelecido – ter um objectivo claro, para não se perder tempo e energia com questões com alguma relevância, mas que, são em todo o caso secundárias, quando comparadas com outras de maior importância.

- Pôr as coisas mais importantes em primeiro lugar, ou seja, há situações que podem ser ignoradas, é necessário saber desistir de algumas pequenas coisas em função de objectivos superiores.

- Pensar em vitória, isto é, à medida que a criança vai crescendo e se vai aproximando a adolescência, as pessoas que com elas lidam tem de se especializar na negociação.

- Procurar primeiro compreender e só depois ser compreendido se procurarmos primeiramente compreender as dificuldades, aumentarão as probabilidades de ser cortês, delicado, de manter promessas e de mostrar respeito por elas.

- Promover a cumplicidade dos pais com os filhos, permite alcançar um bem-estar familiar de ordem superior à que seria alcançada pela acção isolada de cada um dos membros. Se os objectivos forem partilhados e negociados, a probabilidade de sucesso aumenta.

Utilizar com frequência o reforço positivo, o bom comportamento deve ser reforçado de forma imediata e sistemática. Punir o mau comportamento gera, frequentemente, maior sentimento de insucesso e aumenta o conflito.

Cabe aos pais distinguir um verdadeiro problema de um «mau comportamento». Intervir neste caso, pressupõe a procura de ajuda especializada, mas acima de tudo uma implicação pessoal na mudança. Os pais destas crianças são o único bastão sólido ao qual elas se podem acolher, já que as relações com o resto do mundo se podem apresentar bastante problemáticas.

## 6.4. Medicação

Importa realçar que a PHDA não tem cura, embora possa ser controlada. Só o conhecimento e análise de cada caso e das características de cada criança, em particular, permitirão seleccionar a forma de tratamento mais adequada e ajustada a cada situação.

As opções variam entre a administração de psicofármacos, as técnicas de modificação do comportamento, as técnicas cognitivas e metacognitivas ou uma aproximação multidisciplinar englobando as diferentes vertentes

Os medicamentos têm sido eficazes para muitas crianças com PDAH. “ Não subsistem grandes dúvidas quanto ao facto de a medicação ser a intervenção mais eficaz na redução dos sintomas principais da PHDA, nomeadamente na desatenção e hiperactividade” (Antunes, 2009, p. 166). No entanto, a maioria dos especialistas concordam que os medicamentos não devem ser a única forma de tratamento. Esta é uma decisão que deve ser tomada pelos pais depois de devidamente aconselhados e informados, a respeito das vantagens e desvantagens da medicação, pelos médicos.

Uma constatação importante deste estudo é o facto de o tratamento combinado produzir resultados superiores a qualquer outro tratamento com uma dosagem inferior de medicamentos. Esta será, pois, a opção de eleição para os casos em que os efeitos secundários, cuja intensidade está dependente da dosagem, se fazem sentir com maior intensidade. Ultimamente tem-se assistido a críticas em relação aos psicoestimulantes e outros medicamentos usados na PHDA, que se baseiam no facto de a medicação não «curar» a disfunção. “Este argumento parece-me frágil: os óculos que utilizo para ler ou escrever também não curam a minha «vista cansada», mas permitem-me continuar a trabalhar de uma forma funcional” (Antunes, 2009, p. 166)

Outro aspecto a ter em conta, e que os profissionais de saúde que receitam os medicamentos devem ter presente, é o facto de se ter verificado, em alguns estudos, que se o acompanhamento dos indivíduos que estão a ser medicados for sistemático, isto é, com a dosagem ajustada mensalmente ao evoluir dos sintomas de acordo com o feedback fornecidos pelos pais e, eventualmente, pelos professores, obtêm-se resultados superiores àqueles verificados no processo em que o médico se limita a prescrever sem mais acompanhamento, como é habitual na generalidade dos serviços de saúde. Os medicamentos mais utilizados são psicoestimulantes como o Dexedrine e Ritalina baseados na Dextroanfetamina e no Metilfenidato respectivamente.

“Em Portugal existem de momento três formulações comerciais da mesma substância química: o Rubifen, a Ritalina LA e o Concerta.” (Antunes, 2009, p. 168)

O Metilfenidato começou a ser usado no tratamento do défice de atenção nos EUA há mais de 60 anos. É por isso uma substância largamente experimentada, cuja segurança é atestada por milhões de crianças a quem foi administrada. “O Metilfenidato é, provavelmente, o medicamento com acção sobre o Sistema Nervoso das crianças melhor estudado.” (Antunes, 2009, p. 168)

Não é muito bem conhecido o mecanismo de actuação destas drogas, presumindo-se que estimulam os neurotransmissores do cérebro, produzindo um efeito regulador mais eficaz na actividade motora, aumentando a atenção, reduzindo a impulsividade (e em algumas crianças, a agressividade) e produzindo uma melhoria substancial naquilo que mais preocupa pais e educadores: o rendimento escolar.

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

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

A decisão de aplicar medicamentos deve ainda ter em consideração os efeitos secundários que eles possam produzir.

Tal como se pode verificar são inúmeras as estratégias que se podem aplicar a alunos hiperactivos, de forma a minimizar algumas das dificuldades com que estes alunos se deparam.

A nível educativo existe todo um conjunto de estratégias e modificações que se podem aplicar no ambiente de aprendizagem e nos métodos de trabalho do docente, com vista a melhorar os níveis de desempenho escolar dos alunos com hiperactividade.

Quanto mais os professores estiverem informados e sensibilizados para esta temática, mais facilmente se sentirão renovados no seu papel de promotores de aprendizagem activa e de sucesso individual, embora isso nem sempre seja fácil. Trabalhar com uma criança hiperactiva é uma tarefa árdua, que exige da parte do professor uma modificação, ou melhor, ajuste.

A nível familiar, a participação activa dos pais é fundamental para que se produza a generalização da aprendizagem da criança na vida diária. São enunciadas um conjunto de regras que podem revelar-se preciosas na forma de lidar com o comportamento instável, inquieto e imaturo das crianças com PHDA.

A medicação é uma outra forma de tratamento utilizada para controlar o comportamento das crianças hiperactivas. É fundamental o feedback fornecido pelos pais e professores aos médicos, de forma a ajustarem a dosagem prescrita para que se obtenham melhores resultados.

## **Parte II - Componente Prática**

## **Capítulo 7 - Componente Prática**

## **7.1. Metodologia**

Este trabalho foi realizado no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial.

De acordo com Neto (2005), na abordagem a uma investigação, não podemos fugir da metodologia, mas do seu exagerado rigor, sim. Sousa (2005), defende ainda que não haverá métodos melhores do que outro, mas sim métodos que melhor ou pior servem o estudo pretendido. O nosso estudo assenta fundamentalmente numa metodologia quantitativa, derivando do paradigma positivista.

A metodologia de um trabalho científico exige um conjunto de procedimentos e estratégias, que se podem englobar em três momentos essenciais: a Planificação Global, a Fundamentação Teórica e a Pesquisa Empírica. Cada um destes momentos, por sua vez, tem como caracterizadores actos e estratégias que os especificam.

Procuramos, que a metodologia e os instrumentos utilizados estejam em consonância com os objectivos a que nos propusemos.

O estudo inicia-se por uma Planificação Global que Borg & Gall (1996), consideram como o passo mais importante de qualquer projecto de investigação. Nesta, o primeiro passo consiste no levantamento do problema, a definição dos objectivos e a enunciação das hipóteses.

A Fundamentação Teórica é, como referimos, o segundo momento da investigação e apresenta como objectivo último conferir o rigor científico ao trabalho, através da consulta da opinião de autores de reconhecida idoneidade no domínio do estudo.

A Pesquisa Empírica, última parte do processo, tem como objectivo essencial consolidar no terreno percepções de elementos de uma amostra previamente determinada, procurando no seu entendimento respostas para o problema e para as hipóteses formuladas, ou seja, a opção metodológica do estudo.

Tal entendimento vai ser recolhido, através de uma técnica e instrumento de recolha de dados, «o inquérito por questionário», os quais, irão ser tratados e analisados numa perspectiva analítico-descritiva que, segundo Pardal & Correia (1994), é a mais apropriada a estudos desta natureza. É um processo de recolha sistematizada, no terreno, de dados susceptíveis de ser comparados, para responder a um determinado problema (Carmo & Ferreira, 1998).

O objectivo central do questionário elaborado é apurar quais as estratégias que os docentes do 1º CEB consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos.

Procurou-se fazer uma análise profunda, de um grupo restrito de população, nomeadamente professores do 1º CEB a exercer funções lectivas em sala de aula de escolas públicas do ensino regular português.

## **7.2. Problema**

Sabendo que toda a investigação assenta num problema inicial, que “o investigador tenta exprimir mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação. Deve apresentar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.” (Quivy&Campenhoudt, 2005, p. 44).

O problema da hiperactividade é sem dúvida um assunto relevante no domínio do nosso quotidiano. A hiperactividade afecta a vida dum grande número de crianças: na escola, na comunidade e no relacionamento com os outros.

O problema que motivou esta investigação foi um sentimento interior de procura de um maior conhecimento sobre o assunto e a controvérsia que coloca os professores perante esta perturbação. Com esta investigação pretende-se conhecer e compreender as realidades vividas pelos próprios professores. Decorrente desta situação pretende-se saber:

**Quais as estratégias de intervenção que os professores do 1º CEB consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos?**

## **7.3. Hipóteses**

A etapa que se segue à selecção de um problema consiste em formular hipóteses. “Uma hipótese, ou seja, uma sugestão de resposta para o problema, deve apresentar as seguintes características:

1. Estabelecer uma conjectura sobre a relação entre duas ou mais variáveis.
2. Ser formulada claramente e sem ambiguidade, em forma de frase declarativa.
3. Ser testável, ou seja, deve ser passível de reformulação, em forma operacional, de modo a

poder ser então avaliada a partir de dados.”  
(Tuckman, 2000, p. 25)

As hipóteses constituem um objectivo útil para justificar um estudo de investigação e garantir-lhe uma orientação.

### **Hipóteses:**

**H1** - Os professores seleccionam estratégias comuns para a intervenção junto de alunos hiperactivos.

**H2** - O uso da medicação é um factor considerado como contribuinte para a intervenção junto do aluno hiperactivo.

**H3** - A acomodação do aluno hiperactivo na sala de aula é uma estratégia relevante no processo de intervenção junto do aluno hiperactivo.

## **7.4. Variáveis**

Variável Independente: selecção de estratégias para a intervenção junto de alunos hiperactivos por professores do 1º CEB.

Variável Dependente: eficácia percebida das estratégias de intervenção utilizadas.

## **7.5. Caracterização da Amostra**

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

O tipo de amostragem seleccionado para este estudo foi uma amostragem não probabilística do tipo aleatória. Não probabilística porque não deu a todos os docentes do 1º CEB a possibilidade de serem seleccionados para formar a amostra, tendo sido seleccionados pela proximidade.

Neste estudo, a amostra foi recolhida em Portugal Continental e é constituída por 50 docentes do 1º CEB. Destes 50 docentes, 5 são do Agrupamento Vertical de Escolas de Baltar, 5 do Agrupamento Vertical de Escolas de Paredes, 5 do Agrupamento Vertical de

Escolas de Paço de Sousa, 5 do Agrupamento Vertical de Escolas de Lordelo, 5 do Agrupamento Vertical de Escolas de Rebordosa, 5 do Agrupamento Vertical de Escolas do Pinheiro, 5 do Agrupamento de Escolas de Sudeste Baião, 5 do Agrupamento de Escolas de Pedome, 5 do Agrupamento Vertical de Escolas do Marco de Canaveses e 5 do Agrupamento Vertical de Escolas de Castelo de Paiva.

A pouca expressividade da amostra em termos de aplicação de testes estatísticos de índole inferencial resulta da intenção exploratória deste estudo, cujos resultados se pretendem constituir como orientações com vista à realização de estudos mais alargados. Não obstante a preocupação com o rigor metodológico do estudo, não é possível generalizar os resultados do estudo dada a pouca representatividade da amostra.

Ao escolhermos a dimensão de análise «Identificação», pretendíamos determinar, alguns parâmetros que nos permitissem, traçar o perfil sócio - demográfico dos elementos da amostra. Para tal, optámos pelos indicadores de género, idade, habilitações, categoria profissional e tempo de serviço. Estes indicadores, ao permitirem definir um perfil, possibilitam-nos igualmente, ver até que ponto as linhas do mesmo podem contribuir para a interpretação do objecto de análise.

## **7.6. Instrumentos de Análise**

A palavra *questionário* deriva do termo latino *quastionariu*, sendo segundo Sousa (2005) uma técnica de investigação, na qual se interroga uma série de sujeitos por escrito, procurando conhecer as suas opiniões, atitudes, predisposições, sentimentos, interesses, expectativas, experiências pessoais, etc.

Foi precisamente este propósito que nos conduziu à utilização deste instrumento de recolha de dados e, que nos permitiu proceder à análise dos dados recolhidos através de um procedimento estatístico descritivo e inferencial.

O questionário de resposta fechada é o instrumento mais utilizado neste tipo de investigação. A construção de um questionário só se deve efectuar depois de se concretizar a revisão da literatura, de se definirem objectivos, hipóteses e questões de investigação.

A escolha deste tipo de instrumento acarreta algumas vantagens. Num estudo deste tipo e desta dimensão, não seria de todo possível baseá-lo em observações directas, o questionário assume-se assim como o instrumento de recolha de dados mais adequado, devido

à quantidade de sujeitos que permite abranger, mesmo que estes se encontrem a distâncias consideráveis. Os dados obtêm-se de uma forma relativamente rápida, permitindo com alguma facilidade a quantificação dos dados. Fornece algum conforto ao sujeito, dado que este pode proceder ao seu preenchimento na altura que achar mais conveniente. O anonimato está garantido, o que poderá originar respostas mais sinceras e verdadeiras.

O uso de questionários pode trazer também algumas desvantagens. Logo à partida, não há a garantia da sua devolução, ou do seu total preenchimento. Como o investigador não está presente na altura do seu preenchimento, podem surgir algumas dúvidas derivadas da interpretação do sujeito.

Sousa (2005) refere alguns cuidados no uso desta ferramenta de recolha de dados, de forma a evitar o aparecimento de alguns problemas. Vejamos a adequação dos mesmos ao nosso estudo:

- *Cooperação.* É importante que o sujeito esteja disposto a cooperar de livre vontade. Foi explicitado aos professores de algumas escolas, o propósito do estudo, o carácter sigiloso do mesmo, bem como pedido o favor de efectuarem o preenchimento dos referidos questionários. O facto de o investigador ser colega de profissão, pensamos que também contribuiu para uma maior cooperação.
- *Conhecimento.* Houve o cuidado de se verificar se os sujeitos da amostra possuíam conhecimentos dentro da área abordada pelo questionário.
- *Capacidades.* Os sujeitos da amostra possuíam capacidades para responderem ao tipo de questões formuladas.
- *Honestidade.* Procurámos ter certeza de que os sujeitos respondiam honestamente, não dando respostas ao acaso, ou até, propositadamente erradas.
- *Isenção.* A forma como as questões são colocadas pode influenciar as respostas. Formulámos as questões de forma a não influenciarmos a resposta dos sujeitos em nenhum sentido.
- *Descrição.* A intimidade dos sujeitos é um aspecto a preservar. Não foram efectuadas perguntas de natureza pessoal e íntima, nem de quaisquer outras áreas sensíveis.
- *Antecipação.* O sujeito poderá em algumas situações não responder de acordo com o seu próprio pensamento, mas efectuar as suas respostas, procurando

adivinhar o pensamento do investigador, indo ao encontro das suas ideias. A fim de evitar esta situação, o investigador não formulou nem partilhou qualquer opinião.

A presente investigação tem como instrumento de trabalho, a aplicação de questionários a docentes do 1º CEB, de modo a apurar quais as estratégias que estes docentes consideram mais adequadas adoptar com alunos hiperactivos.

Quando se chega à concepção de um inquérito é necessário já ter executado todo o trabalho preliminar relacionado com o planeamento, a consulta e a definição exacta da informação que é necessário obter. Só neste momento se está em condições de saber se determinado inquérito é o mais adequado ao objectivo proposto e se através dele se obterão dados relevantes.

Na elaboração e estruturação do inquérito deve-se ter em conta alguns factores, nomeadamente, o tipo de questões, a apresentação do inquérito, a distribuição e a devolução do mesmo. É igualmente importante ter presente que é na altura de concepção dos inquéritos que é necessário reflectir sobre a forma como as respostas serão analisadas. Este foi elaborado com base na consulta bibliográfica efectuada.

O questionário (Apêndice I) é constituído por três partes, sendo a primeira a caracterização da amostra (sexo, idade, habilitações académicas, tempo de serviço e situação profissional). A segunda parte inquirindo sobre o conhecimento que os docentes têm em relação aos alunos hiperactivos e suas características. Da terceira parte fazem parte um conjunto de questões que abordam a aplicação de estratégias de intervenção com alunos hiperactivos. O questionário é constituído por perguntas fechadas.

A razão pela qual este estudo se centra neste nível de ensino deve-se ao facto de no 1º Ciclo existir um programa nacional para cumprir e os professores, de um modo geral, terem dificuldades em conseguir diversificar a sua prática, atendendo às características de cada aluno e, neste caso particular adaptando o currículo à especificidade da hiperactividade.

O questionário foi aplicado aos docentes através do Google Docs.

O Google Docs é um pacote de aplicativos do Google que funciona on-line e que permite a criação e partilha de documentos através da internet. Foi utilizado para a criação do questionário, questionário este que posteriormente foi enviado por e-mail aos docentes inquiridos.

Posteriormente, analisamos os dados recolhidos usando como técnica a análise de conteúdos para tentar cumprir o objectivo primordial, o de responder ao problema de investigação.

### **7.7. Validação do Questionário**

Como já referimos anteriormente a construção do nosso questionário, teve como base um instrumento já utilizado em vários estudos nacionais, o que nos parece constituir uma vantagem.

A construção do questionário teve sempre em mente, a revisão da literatura, os objectivos do estudo e a população do mesmo, atendendo a cuidados metodológicos na formulação e ordenação de perguntas, bem como na forma como os sujeitos poderiam responder às várias questões.

A realização de um pré-teste foi também o garante de um questionário melhor sucedido. Segundo Correia (1997), a exigência de precisão conduz à necessidade de testar o questionário antes da sua administração. Para nos assegurarmos da qualidade das perguntas e da razoabilidade da sua ordenação e para que as respostas tenham possibilidade de corresponder à informação pretendida, torna-se necessário aplicar o questionário a uma amostra reduzida.

No processo de validação deste instrumento de investigação participaram do estudo 10 docentes do 1º CEB, ao qual foi aplicado um pré -teste. O questionário foi aplicado, 2 vezes, com um intervalo de duas semanas, ao mesmo grupo de docentes. O mesmo questionário também foi submetido a uma análise na disciplina de Metodologia de Investigação e Análise de Dados II, de acordo com um trabalho elaborado para a disciplina. O questionário foi, ainda, validado estatisticamente, através do teste estatístico - Alfa de Cronbach. Embora os resultados evidenciem um bom Alfa (83%), a correlação entre itens é um pouco baixa, quando comparamos as respostas dos dois questionários, isto deve-se ao facto de as questões medirem itens não agrupados.

Nesta fase, com as sugestões recebidas foi possível aperfeiçoar o instrumento de recolha de dados, o que conduziu à versão final. O questionário foi reestruturado, de forma a incluir questões mais objectivas e perceptivas, com o objectivo de conseguir recolher

informações mais precisas, de algum modo, com um melhor propósito/objectividade obter respostas menos mutáveis.

## **Capítulo 8 - Análise dos Resultados**

## 8. Análise dos Resultados

Aquando da decisão sobre os instrumentos a adoptar para a obtenção dos dados, e tendo em consideração a natureza do estudo e a população alvo, optamos por um estudo descritivo usando o inquérito por questionário como instrumento de recolha de dados.

O questionário fornece de forma clara a informação que se pretende recolher de um grupo de pessoas relativamente numeroso e de uma forma rápida.

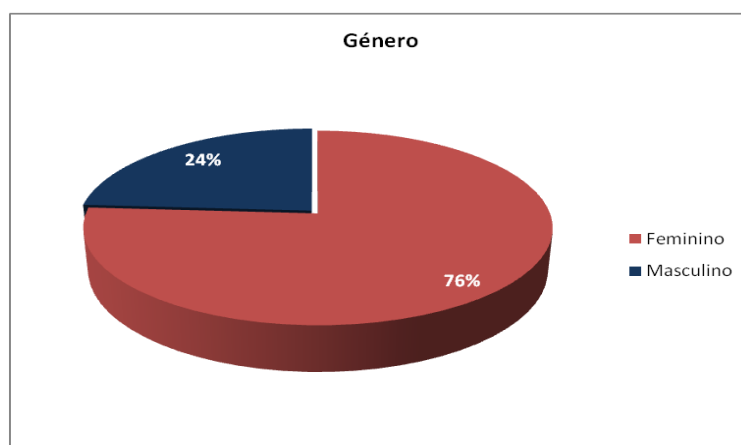
A presente investigação tem como instrumento de trabalho, a aplicação de questionários a professores do 1º CEB.

O questionário constituído por três partes, sendo a primeira a caracterização da amostra (sexo, idade, habilitações académicas e tempo de serviço); a segunda parte inquirindo sobre o conhecimento dos docentes face ao tema da hiperactividade; e a terceira parte inquirindo sobre a aplicação de estratégias de intervenção. O questionário foi aplicado a 50 docentes do 1º CEB, amostra obtida de forma aleatória nos 10 Agrupamentos contactados.

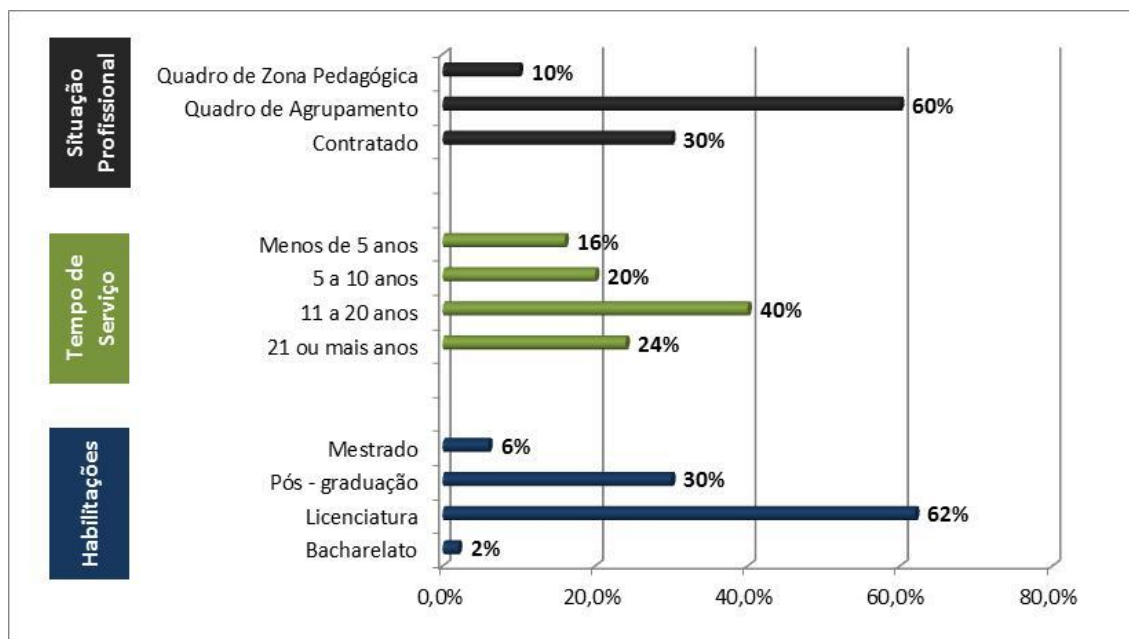
Parece-nos que desta forma obtivemos uma amostra significativa. Sousa refere que a maioria dos investigadores defende um mínimo de “30 sujeitos para a amostra”, a fim de se poder efectuar qualquer análise quantitativa dos dados. (Sousa, 2005, p. 73)

### I – Dados Biográficos

**Gráfico 1- Género**



Pela observação do gráfico 1, podemos verificar que 76% (38) dos docentes inquiridos são do sexo feminino e apenas 24% (12) são do sexo masculino.

**Gráfico 2 – Situação Profissional/Tempo de Serviço/Habilitações**

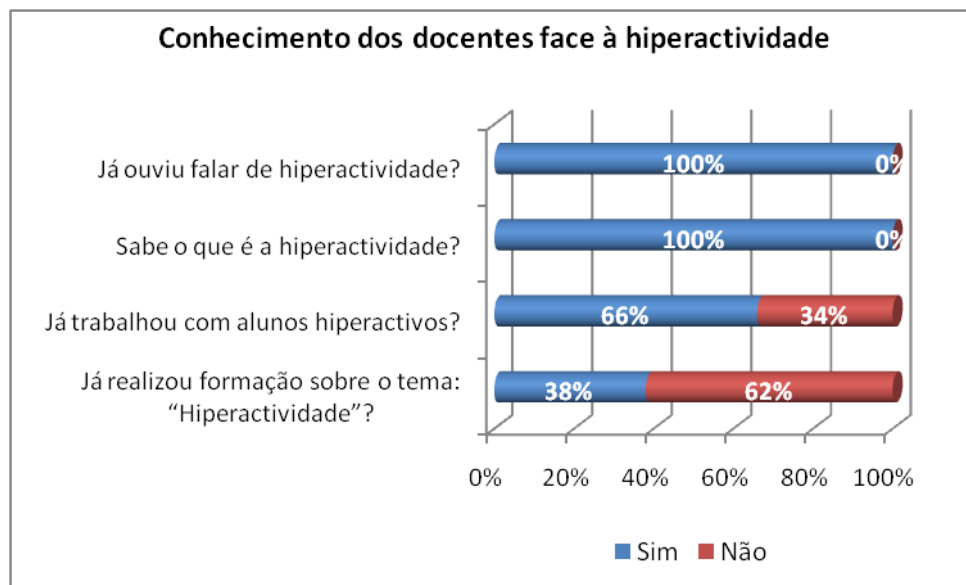
Através dos dados obtidos no gráfico 2, observa-se que 60% (30 docentes) são Quadro de Agrupamento, 30% (15 docentes) são Contratados e 10% (5 docentes) são Quadro de Zona Pedagógica.

Em relação ao tempo de serviço, apenas 16% (8) dos professores inquiridos têm menos de 5 anos de tempo de serviço, 20% (10) dos professores têm entre 5 a 10 anos de tempo de serviço, 40% (20) dos professores têm 11 a 20 anos de tempo de serviço e 24% (12) dos professores têm 21 ou mais anos de tempo de serviço.

No que diz respeito às habilitações, 6% (3) dos inquiridos tem como habilitação o Mestrado, 30% (15) possui como habilitação uma Pós – Graduação, a maioria 62% (31) tem como habilitação a Licenciatura, e apenas 2% (1) possui como habilitação o Bacharelato.

## II – Conhecimento dos docentes face à hiperactividade

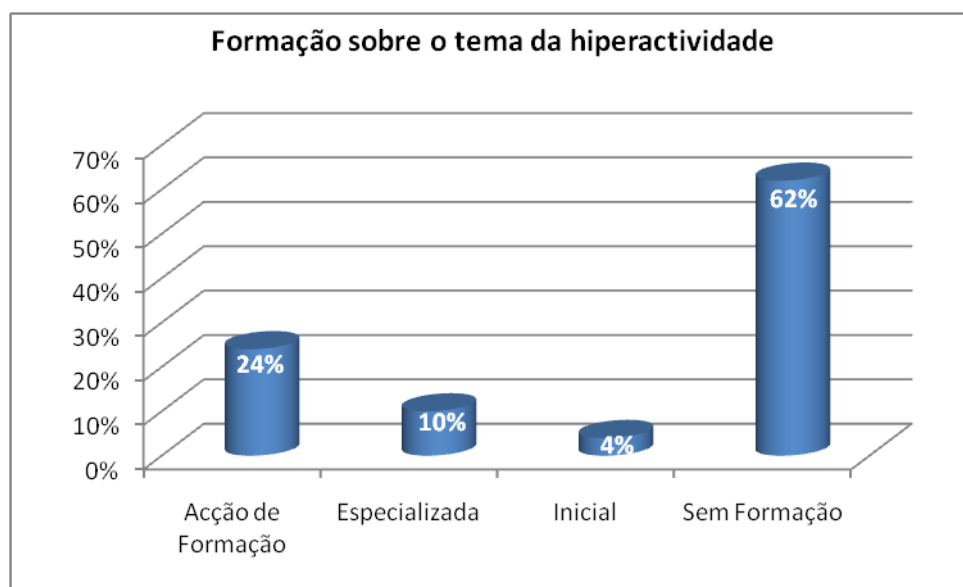
**Gráfico 3 – Conhecimento dos docentes face à hiperactividade**



Pela análise do gráfico 3, podemos observar que 100% (50 docentes) já ouviu falar de hiperactividade e que 100% (50 docentes) afirma saber o que é a hiperactividade.

Um número significativo de professores 66% (33 docentes) já trabalhou com alunos hiperactivos e 34% (17 docentes) nunca trabalhou com alunos hiperactivos.

A partir da análise do gráfico, podemos ainda verificar que, 62% (31 docentes) nunca realizou formação sobre o tema da hiperactividade e que 38% (19 docentes) já realizou formação sobre este tema.

**Gráfico 4 - Formação sobre o tema da hiperactividade**

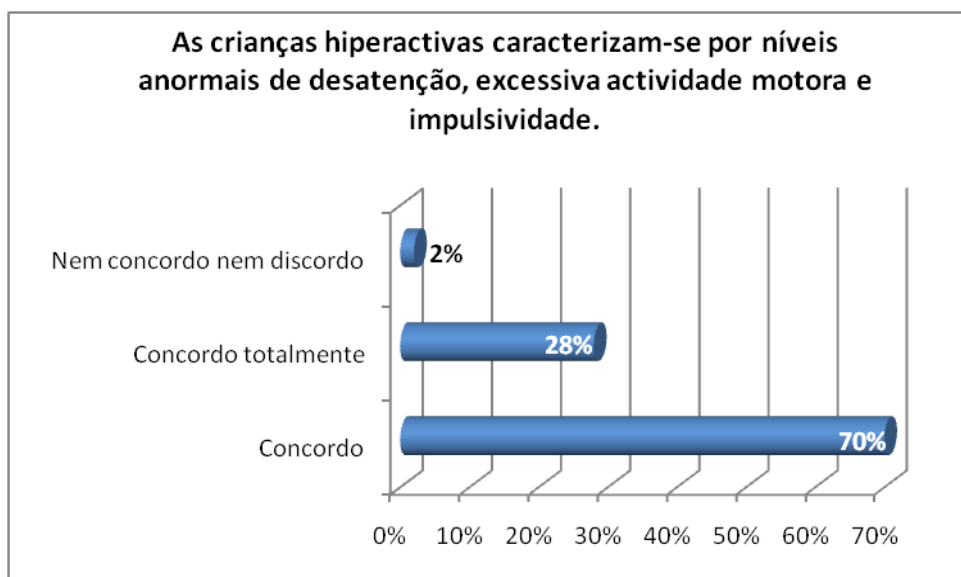
Após a análise do gráfico 4, verifica-se que 24% dos professores realizou acções de formação sobre o tema da hiperactividade; 10% dos professores possui formação especializada sobre o tema; 4% apenas possui formação inicial e uma maioria significativa, 62% dos professores, não possui formação sobre o tema da hiperactividade.

**Tabela 1 – Teste Qui – Quadrado: Diferenças entre os docentes que já trabalharam com alunos hiperactivos e os docentes que nunca realizaram formação sobre o tema da hiperactividade**

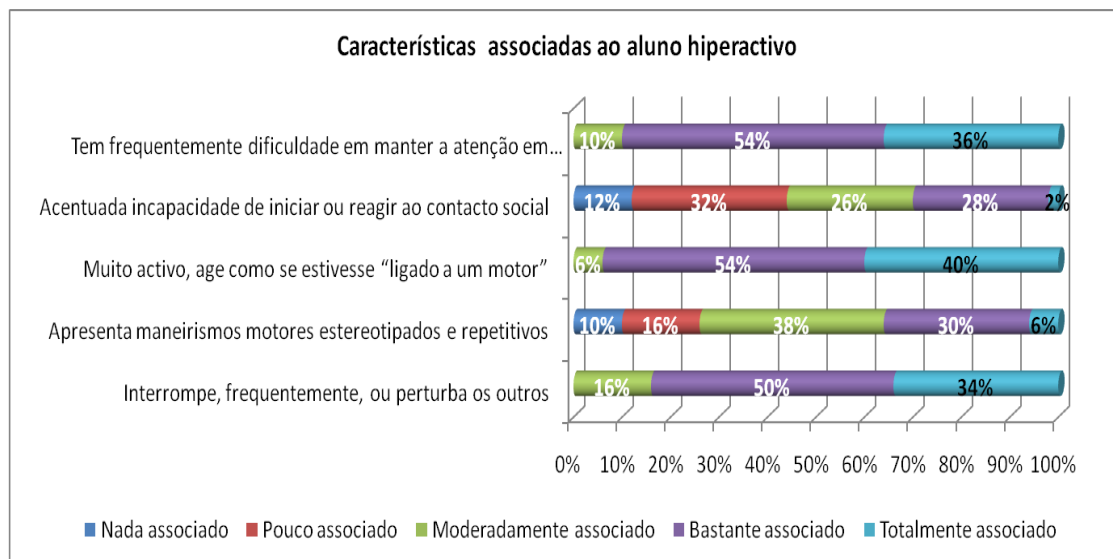
| Chi-Square Tests                   |                    |    |                       |                      |                      |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square                 | 4,529 <sup>a</sup> | 1  | ,033                  | ,063                 | ,032                 |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 3,314              | 1  | ,069                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 4,845              | 1  | ,028                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       |                      |                      |
| Linear-by-Linear Association       | 4,438              | 1  | ,035                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 50                 |    |                       |                      |                      |

Após uma análise estatística, verifica-se uma associação entre o facto de já ter trabalhado com alunos hiperactivos e o facto de ter formação sobre o tema da hiperactividade (Teste Qui-quadrado,  $p=0,033$ ), no entanto a probabilidade é baixa.

**Gráfico 5 – As crianças hiperactivas caracterizam-se por níveis anormais de desatenção, excessiva actividade motora e impulsividade**



Da análise do gráfico 5, constata-se que 70% (35 professores) concorda com a afirmação de que as crianças hiperactivas caracterizam-se por níveis anormais de desatenção, excessiva actividade motora e impulsividade; 28% (14 professores) concorda totalmente com a afirmação e apenas 2% (1 professor) não concorda nem discorda com a afirmação.

**Gráfico 6 – Características associadas ao aluno hiperactivo**

A partir da observação do gráfico 6, verificamos que em relação à afirmação: “Tem frequentemente dificuldade em manter a atenção em tarefas ou jogos”, 10% dos professores acha que esta característica aparece moderadamente associada ao aluno hiperactivo; 54% é da opinião que esta característica está bastante associada; e 36% refere que esta característica está totalmente associada ao aluno hiperactivo.

No que diz respeito à afirmação: “Acentuada incapacidade de iniciar ou reagir ao contacto social”, 12% dos professores são da opinião que esta característica não aparece associada ao aluno hiperactivo; 32% refere que aparece pouco associada; 26% é da opinião que esta característica é moderadamente associada; 28% refere que é bastante associada; e 2% acha que esta característica está totalmente associada ao aluno hiperactivo.

Quanto à afirmação: “Muito activo, age como se estivesse “ligado a um motor”, 6% dos professores inquiridos é da opinião que esta característica está moderadamente associada ao aluno hiperactivo; 54% partilha da opinião que esta característica está bastante associada ao aluno hiperactivo; e 40% é da opinião que esta característica está totalmente associada ao aluno hiperactivo.

No que concerne à afirmação: “Apresenta maneirismos motores estereotipados e repetitivos”, 10% dos professores partilha da opinião que esta característica aparece nada associada ao aluno hiperactivo; 16% considera que esta característica aparece pouco associada ao aluno hiperactivo; 38% refere que esta característica é moderadamente associada; 30%

refere que esta característica apresenta-se bastante associada; e 6% menciona que esta característica está totalmente associada ao aluno hiperactivo.

Em relação à afirmação: “Interrompe, frequentemente, ou perturba os outros”, 16% dos professores inquiridos referiu que esta característica está moderadamente associada ao aluno hiperactivo; 50% dos professores referiu que esta característica está bastante associada ao aluno hiperactivo; e 34% dos professores partilha da opinião que esta característica está totalmente associada ao aluno hiperactivo.

**Tabela 2 – Teste Mann - Whitney: Diferenças entre os docentes que já trabalharam com alunos hiperactivos e os docentes que nunca trabalharam com alunos hiperactivos, em relação à identificação das características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo**

| Test Statistics <sup>a</sup> |                      |
|------------------------------|----------------------|
|                              | indice_Car_a<br>luno |
| Mann-Whitney U               | 159,500              |
| Wilcoxon W                   | 312,500              |
| Z                            | -2,498               |
| Asymp. Sig. (2-tailed)       | ,012                 |

a. Grouping Variable: Já trabalhou com alunos hiperactivos?

O Teste Mann – Whitney, revela que os docentes que já trabalharam com alunos hiperactivos identificam mais facilmente as características que aparecem associadas a estes alunos, do que os docentes que nunca trabalharam com alunos hiperactivos (Teste Mann-Whitney,  $p=0,012$ ).

**Tabela 3 – Teste Mann - Whitney: Diferenças entre os docentes que já realizaram formação sobre o tema da hiperactividade e os docentes que nunca realizaram formação sobre o tema, em relação à identificação das características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo**

| Test Statistics <sup>a</sup> |                      |
|------------------------------|----------------------|
|                              | indice_Car_a<br>luno |
| Mann-Whitney U               | 151,000              |
| Wilcoxon W                   | 647,000              |
| Z                            | -2,891               |
| Asymp. Sig. (2-tailed)       | ,004                 |

a. Grouping Variable: Já realizou formação sobre o tema: “Hiperactividade”?

A partir da observação do Teste Mann- Whitney, verifica-se que os docentes que já realizaram formação sobre o tema da hiperactividade identificam mais facilmente as características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo, do que os docentes sem formação sobre o tema (Teste Mann-Whitney,  $p=0,004$ ).

**Tabela 4 – Teste Kruskal – Wallis: Diferenças entre os docentes com mais e com menos tempo de serviço, em relação à identificação das características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo**

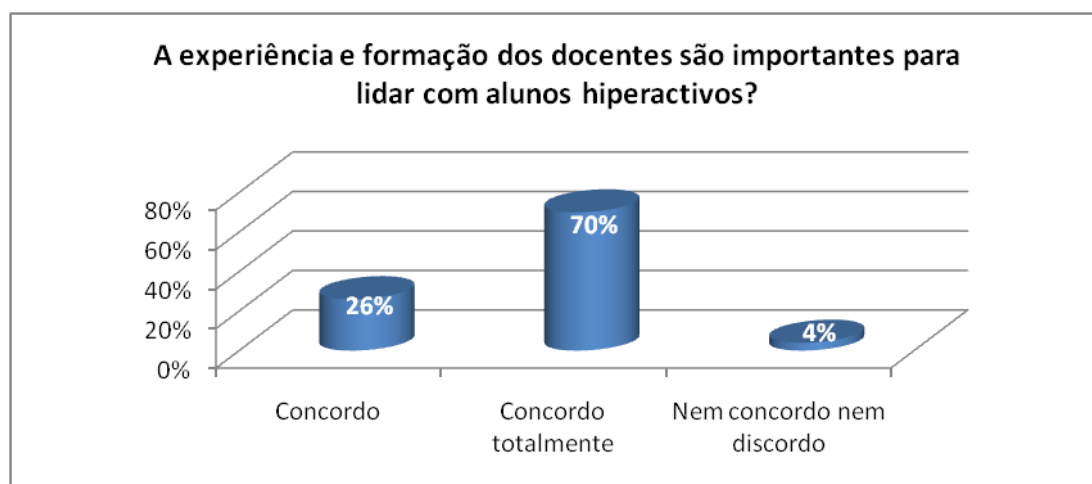
| Test Statistics <sup>a,b</sup> |                      |
|--------------------------------|----------------------|
|                                | indice_Car_a<br>luno |
| Chi-square                     | 7,215                |
| df                             | 3                    |
| Asymp. Sig.                    | ,065                 |

a. Kruskal Wallis Test

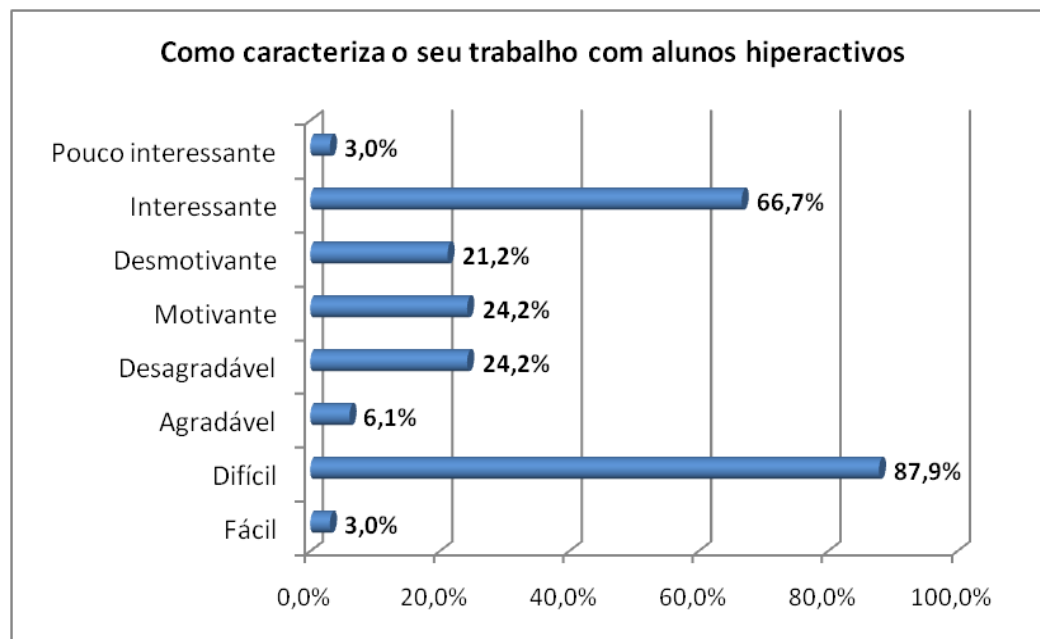
b. Grouping Variable:  
Tempo de Serviço

O Teste Kruskal – Wallis revelou que quem tem mais tempo de serviço identifica mais facilmente as características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo, no entanto esta diferença não é estatisticamente significativa ( $p=0,065$ ).

**Gráfico 7 – Experiência e formação dos docentes para lidar com alunos hiperactivos**



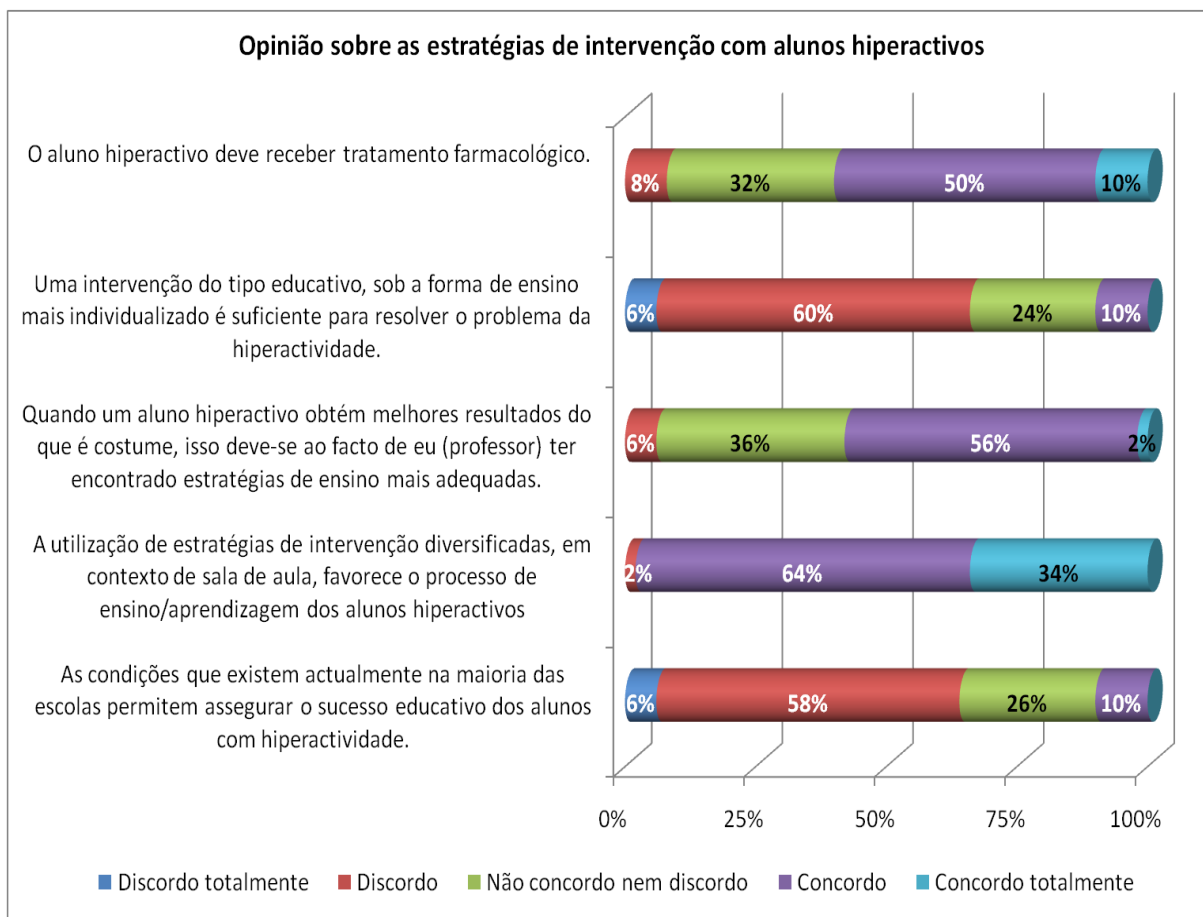
A partir da observação do gráfico 7, podemos verificar que 26% (13 professores) concorda que a experiência e formação são importantes para lidar com alunos hiperactivos; 70% (35 professores) concorda totalmente que a experiência e formação são importantes para lidar com alunos hiperactivos; e 4% (2 professores) não concorda nem discorda com a afirmação.

**Gráfico 8 – Como caracteriza o seu trabalho com alunos hiperactivos**

Dos professores inquiridos que já trabalharam com alunos hiperactivos, 3% dos professores refere que o trabalho com estes alunos é pouco interessante; 66,7% considera interessante o trabalho com estes alunos; 21,2% considera esse trabalho desmotivante; 24,2% refere que é um trabalho motivante; 24,2% considera desagradável o trabalho com alunos hiperactivos; 6,1% dos professores considera que é agradável trabalhar com estes alunos; 87,9% menciona que é difícil trabalhar com alunos hiperactivos; e 3% refere que é fácil o trabalho com estes alunos.

### III – Aplicação de estratégias de intervenção a alunos hiperactivos

**Gráfico 9 – Opinião sobre as estratégias de intervenção com alunos hiperactivos**



Pela observação do gráfico 9, podemos verificar que, em relação ao facto de o aluno hiperactivo receber tratamento farmacológico, 8% (4 docentes) discordam; 32% (16 docentes) não concordam nem discordam; 50% (25 docentes) concordam; e 10% (5 docentes) concordam totalmente.

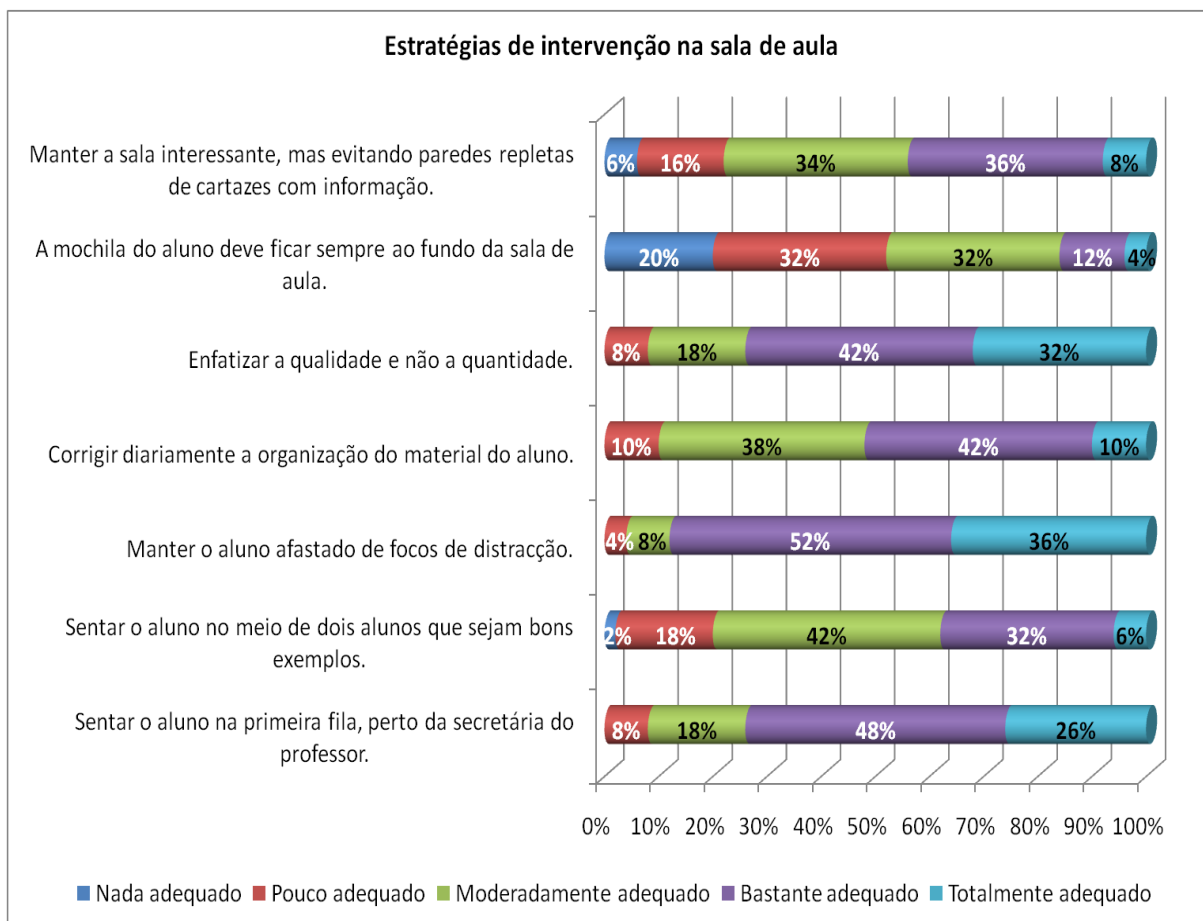
No que diz respeito, ao facto de uma intervenção do tipo educativo, sob a forma de um ensino mais individualizado ser suficiente para resolver o problema da hiperactividade, 6% (3 docentes) discordam totalmente; 60% (30 docentes) discordam; 24% (12 docentes) não concordam nem discordam; e 10% (5 docentes) concordam.

Quanto ao aluno hiperactivo obter melhores resultados do que é costume, se dever ao facto do professor ter encontrado estratégias de ensino mais adequadas, 6% (3 docentes)

discordam; 36% (18 docentes) não concordam nem discordam, 56% (28 docentes) concordam; e apenas 2% (1 docente) concorda totalmente.

Em relação ao uso de estratégias de intervenção, em contexto de sala de aula, favorecer o processo de ensino/aprendizagem dos alunos hiperactivos, 2% (1 docente) discorda; 64% (32 docentes) concordam; 34% (17 docentes) concordam totalmente.

No que concerne, às condições que existem actualmente na maioria das escolas permitirem assegurar o sucesso educativo dos alunos com hiperactividade, 6% (3 docentes) discordam totalmente; 58% (29 docentes) discordam; 26% (13 docentes) não concordam nem discordam; e 10% (5 docentes) concordam.

**Gráfico 10 – Estratégias de intervenção na sala de aula**

Da análise do gráfico 10, verifica-se que em relação à estratégia: “Manter a sala interessante, mas evitando paredes repletas de cartazes com informação”, 6% (3 docentes) consideram esta estratégia nada adequada; 16% (8 docentes) mencionam que esta estratégia é pouco adequada; 34% (17 docentes) consideram a estratégia moderadamente adequada; 36% (18 docentes) referem que a estratégia é bastante adequada e 8% (4 docentes) dizem que a estratégia é totalmente adequada.

No que diz respeito à estratégia: “A mochila do aluno deve ficar sempre ao fundo da sala de aula”, 20% (10 docentes) consideram esta estratégia nada adequada; 32% (16 docentes) consideram a estratégia pouco adequada; 32% (16 docentes) pensam que esta estratégia é moderadamente adequada; 12% (6 docentes) partilham da opinião de que esta estratégia é bastante adequada e 4% (2 docentes) referem que esta estratégia é totalmente adequada.

Em relação à estratégia: “Enfatizar a qualidade e não a quantidade”, 8% (4 docentes) consideram esta estratégia pouco adequada; 18% (9 docentes) partilham da opinião que esta

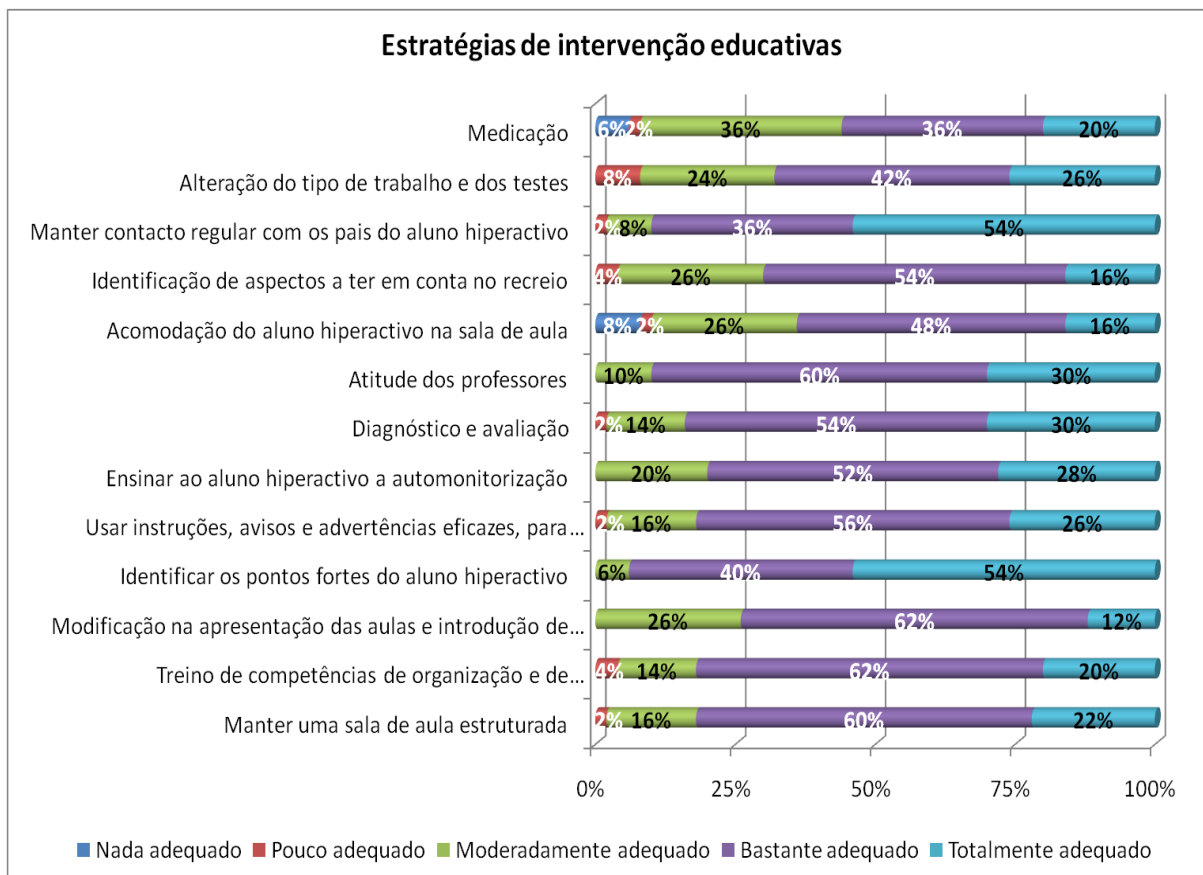
estratégia é moderadamente adequada; 42% (21 docentes) pensam que esta estratégia é bastante adequada e 32% (16 docentes) consideram esta estratégia totalmente adequada.

Quanto à estratégia: “Corrigir diariamente a organização do material do aluno”, 10% (5 docentes) consideram esta estratégia pouco adequada; 38% (19 docentes) referem que esta estratégia é moderadamente adequada; 42% (21 docentes) partilha da opinião que esta estratégia é bastante adequada e 10% (5 docentes) pensam que esta estratégia está totalmente adequada.

No que diz respeito à estratégia: “Manter o aluno afastado de focos de distração”, 4% (2 docentes) considera esta estratégia pouco adequada; 8% (4 docentes) referem que esta estratégia é moderadamente adequada; um grupo significativo de docentes 52% (26 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é bastante adequada e 36% (18 docentes) consideram esta estratégia totalmente adequada.

Em relação à estratégia: “Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos”, apenas 2% (1 docente) considera que esta estratégia não está nada adequada; 18% (9 docentes) referem que esta estratégia é pouco adequada; 42% (21 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é moderadamente adequada; 32% (16 docentes) consideram esta estratégia bastante adequada e 6% (3 docentes) referem que esta estratégia é totalmente adequada.

No que concerne à estratégia: “Sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor”, apenas 8% (4 docentes) mencionam que esta estratégia é pouco adequada; 18% (9 docentes) consideram a estratégia moderadamente adequada; 48% (24 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é bastante adequada e 26% (13 docentes) referem que esta estratégia é totalmente adequada.

**Gráfico 11 - Estratégias de intervenção educativas**

De acordo com o gráfico 11, verificamos que em relação ao uso da medicação, como estratégia, com alunos hiperactivos 6% (3 docentes) consideram esta estratégia nada adequada; apenas 2% (1 docente) mencionou esta estratégia como sendo pouco adequada; 36% (18 docentes) consideram esta estratégia moderadamente adequada; 36% (18 docentes) consideram a estratégia bastante adequada e 20% (10 docentes) referem que a estratégia é bastante adequada.

Em relação à estratégia: “Alteração do tipo de trabalho e dos testes”, apenas 8% (4 docentes) refere que esta estratégia é pouco adequada; 24% (12 docentes) consideram a estratégia moderadamente adequada; 42% (21 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é bastante adequada e 26% (13 docentes) responderam que esta estratégia é totalmente adequada.

No que diz respeito à estratégia: “Manter contacto regular com os pais do aluno hiperactivo”, apenas 2% (1 docente) considera que é pouco adequado manter o contacto regular com os pais do aluno hiperactivo; 8% (4 docentes) mencionaram que esta estratégia é

moderadamente adequada; 36% (18 docentes) consideram que este contacto com os pais é bastante adequado e 54% (27 docentes) chegam mesmo a referir que este contacto é totalmente adequado.

Em relação à estratégia: “Identificação de aspectos a ter em conta no recreio”, 4% (2 docentes) considera que esta estratégia é pouco adequada; 26% (13 docentes) consideram a estratégia moderadamente adequada; 54% (27 docentes) responderam que esta estratégia é bastante adequada e 16% (8 docentes) mencionaram que a estratégia é totalmente adequada.

Quanto à estratégia: “Acomodação do aluno hiperactivo na sala de aula”, 8% (4 docentes) consideram que esta estratégia não é nada adequada para o aluno hiperactivo; 2% (1 docente) referiu que esta estratégia é pouco adequada; 26% (13 docentes) consideram esta estratégia moderadamente adequada; 48% (24 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é bastante adequada e 16% (8 docentes) consideram esta estratégia totalmente adequada.

No que concerne à estratégia: “Atitude dos professores”, 10% (5 docentes) consideram que a atitude dos professores é uma estratégia moderadamente adequada; 60% (30 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é bastante adequada, e 30% (15 docentes) referem que esta estratégia é totalmente adequada.

Em relação à estratégia: “Diagnóstico e avaliação”, apenas 2% (1 docente) considera esta estratégia pouco adequada; 14% (7 docentes) referem que esta estratégia é moderadamente adequada; 54% (27 docentes) consideram a estratégia bastante adequada e 30% (15 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é totalmente adequada.

No que diz respeito à estratégia: “Ensinar ao aluno hiperactivo a automonitorização (método de ensinar os alunos a prestarem atenção ao seu comportamento e avaliarem o seu próprio desempenho)”, 20% (10 docentes) consideram esta estratégia moderadamente adequada; 52% (26 docentes) referem que esta estratégia é bastante adequada e 28% (14 docentes) responderam que esta estratégia é totalmente adequada.

Em relação à estratégia: “Usar instruções, avisos e advertências eficazes, para melhorar o comportamento do aluno hiperactivo”, apenas 2% (1 docente) respondeu que esta estratégia é pouco adequada; 16% (8 docentes) responderam que esta estratégia é moderadamente adequada; 56% (28 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é bastante adequada e 26% (13 docentes) consideram a estratégia totalmente adequada.

Quanto à estratégia: “Identificar os pontos fortes do aluno hiperactivo”, apenas 6% (3 docentes) consideram esta estratégia moderadamente adequada; 40% (20 docentes)

responderam que esta estratégia é bastante adequada e 54% (27 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é totalmente adequada.

No que diz respeito à estratégia: “Modificação na apresentação das aulas e introdução de adaptações nas tarefas a realizar”, 26% (13 docentes) responderam que esta estratégia é moderadamente adequada; 62% (31 docentes) consideram que esta estratégia é bastante adequada e 12% (6 docentes) referem que esta estratégia é totalmente adequada.

No que concerne à estratégia: “Treino de competências de organização e de estabelecimento de objectivos”, apenas 4% (2 docentes) mencionaram esta estratégia como sendo pouco adequada; 14% (7 docentes) consideram a estratégia moderadamente adequada; 62% (31 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é bastante adequada e 20% (10 docentes) responderam que esta estratégia é totalmente adequada.

Em relação à estratégia: “Manter uma sala de aula estruturada”, apenas 2% (1 docente) considera a estratégia pouco adequada; 16% (8 docentes) consideram a estratégia moderadamente adequada; 60% (30 docentes) partilham da opinião que esta estratégia é bastante adequada, e 22% (11 docentes) responderam que esta estratégia é totalmente adequada.

## **Capítulo 9 - Discussão dos Resultados**

## 9. Discussão dos Resultados

Pretendemos fazer uma síntese dos aspectos mais significativos, obtidos através dos questionários lançados aos professores do 1º Ciclo dos vários agrupamentos seleccionados.

Como referido anteriormente pretendia-se apurar quais as estratégias que os docentes do 1ºCEB seleccionam para a intervenção junto de alunos hiperactivos.

A amostra do estudo é constituída por 50 docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico, todos eles em exercício de funções, em 10 Agrupamentos de Escolas. A esmagadora maioria dos docentes inquiridos que exercem a profissão de docente são do sexo feminino (76%), o que não contraria a tendência nacional de, como refere Benavente (1980), a docência do 1º Ciclo ser uma profissão no feminino.

Verificamos que uma grande percentagem de docentes tem uma situação profissional bastante estável, cerca de 60% dos docentes inquiridos já pertencem ao quadro de agrupamento e o seu tempo de serviço varia entre os 11 e os 20 anos. A maioria dos docentes, 62%, possui como habilitação a Licenciatura e apenas 6% dos docentes inquiridos possui como habilitação o Mestrado. Talvez devido à estabilidade profissional, os docentes não tenham sentido necessidade de formação especializada.

No que diz respeito, ao conhecimento que os docentes têm sobre a hiperactividade, a totalidade dos docentes afirma já ter ouvido falar da hiperactividade e afirma saber o que é a hiperactividade. Grande parte dos inquiridos, 66%, já trabalhou com alunos hiperactivos, contudo, 62% dos docentes nunca realizou formação sobre o tema da hiperactividade. Apenas 10% dos docentes possui formação especializada sobre o tema e somente 24% já realizou acções de formação. Através de uma análise estatística, verifica-se uma associação entre o facto de já ter trabalhado com alunos hiperactivos e o facto de ter formação sobre o tema da hiperactividade (Teste Qui-quadrado,  $p=0,033$ ).

Em relação à afirmação: “as crianças hiperactivas caracterizam-se por níveis anormais de desatenção, excessiva actividade motora e impulsividade” a opinião dos docentes parece bem definida, isto é, 70% dos inquiridos concorda com esta afirmação. Segundo Antunes, uma forma interessante de visionar o problema é imaginar a criança com PHDA como sendo um carro sem travões: “incapaz de travar as distrações – desatento; incapaz de travar os desejos – impulsivo; incapaz de travar as acções – hiperactivo.” (Antunes, 2009, p. 151)

Quando confrontados com as características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo, a opinião dos docentes não é tão unânime. A grande maioria dos docentes

apontou como características principais que aparecem associadas ao aluno hiperactivo, as seguintes:

- tem frequentemente dificuldade em manter a atenção em tarefas ou jogos;
- muito activo, age como se estivesse “ligado a um motor”;
- interrompe, frequentemente, ou perturba os outros.

Apesar da totalidade dos docentes inquiridos, 100%, afirmar saber o que é a hiperactividade e 66% dos docentes já ter trabalhado com alunos hiperactivos, assinalaram como características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo: “acentuada incapacidade de iniciar ou reagir ao contacto social”, 28% dos docentes refere que esta característica está bastante associada e, 30% dos docentes mencionaram que a característica “apresenta maneirismos motores estereotipados e repetitivos” também está bastante associada, 6% chega mesmo a afirmar que está totalmente associada. Estas não são características dos alunos hiperactivos, mas sim dos alunos autistas. Segundo os critérios do DSM-II-R, “...os sintomas definidores do distúrbio por défice de atenção com hiperactividade são: actividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade.” (Garcia, 2001, p. 13).

“As crianças hiperactivas caracterizam-se por ser inquietas, distraídas e impulsivas, costumam ter problemas relacionais com colegas e amigos, mostram-se impacientes, mudam constantemente de actividade, são desobedientes, e iniciam com frequência brigas ou discussões.” (Garcia, 2002, p. 16).

Após uma análise bivariada, os docentes que já trabalharam com alunos hiperactivos identificam mais facilmente as características que aparecem associadas a estes alunos, do que os docentes que nunca trabalharam com alunos hiperactivos (Teste Mann-Whitney,  $p=0,012$ ), assim como os docentes que já realizam formação sobre o tema: hiperactividade, também identificam melhor as características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo, do que os docentes que não possuem qualquer formação (Teste Mann-Whitney,  $p=0,004$ ).

Cerca de 70% dos docentes inquiridos concordam totalmente que a experiência e formação dos docentes são importantes para lidar com alunos hiperactivos.

No que diz respeito ao tempo de serviço, verifica-se que os docentes que têm menos de 5 anos de serviço, apresentam menos capacidade de identificação das características que aparecem associadas ao aluno hiperactivo, do que os docentes com mais tempo de serviço. No entanto, esta relação não é estatisticamente significativa (Teste Kruskal-Wallis,  $p=0,065$ ). Quem tem menos de 5 anos de tempo de serviço tem obrigatoriamente menos experiência profissional e provavelmente menos formação, ou seja, estes docentes ainda não têm a

percepção de que é necessária formação acrescida, para além da formação inicial. “Actualmente, há uma noção cada vez mais clara da PHDA no sistema educativo. Os professores já recebem formação universitária sobre esta perturbação e nos estágios profissionais. Muitos departamentos de ensino lançaram brochuras com orientações e informação sobre a PHDA para professores.” (Selikowitz, 2010, p. 176). Nos dias de hoje um professor interessado tem acesso a um vasto leque de informações sobre a hiperactividade, em livros, na internet, revistas, etc. Contudo, continua a ser necessário apostar na formação contínua de todos os intervenientes no processo educativo do aluno, para se poder auxiliar efectivamente estes alunos.

Dos 66% de docentes que já trabalharam com alunos hiperactivos, 87,9% caracterizam o trabalho com estes alunos como sendo difícil, mas interessante (66,7%).

O parecer dos docentes é bem claro quando abordados em relação à sua opinião sobre as estratégias de intervenção com alunos hiperactivos. Cerca de 64% dos docentes concorda que a utilização de estratégias de intervenção, em contexto de sala de aula, favorece o processo de ensino/aprendizagem dos alunos hiperactivos. É imprescindível que a intervenção se oriente para facilitar as aprendizagens dos alunos hiperactivos, por isso, importa recorrer às técnicas mais eficazes para melhorar o ensino.

Dos docentes inquiridos, 50% também concorda que o aluno hiperactivo deve receber tratamento farmacológico. Segundo Antunes, “não subsistem dúvidas quanto ao facto de a medicação ser a intervenção mais eficaz na redução dos sintomas da PHDA, nomeadamente na desatenção e hiperactividade.” (Antunes, 2009, p. 166).

Ainda referente à opinião dos docentes sobre as estratégias de intervenção com alunos hiperactivos, 60% dos docentes discorda que uma intervenção do tipo educativo, sob a forma de um ensino mais individualizado é suficiente para resolver o problema da hiperactividade. Dito isto, uma intervenção somente educativa não é suficiente para colmatar o problema da hiperactividade em contexto escolar. “O tratamento da hiperactividade consiste, desde há várias décadas, basicamente na administração de fármacos, especialmente estimulantes, assim como na aplicação de métodos comportamentais e cognitivos. Ambas as modalidades de tratamento têm obtido êxito, melhorando o comportamento da criança em diferentes aspectos.” (Garcia, 2001, p. 59)

Actualmente, as crianças passam uma parte considerável das suas vidas nas salas de aula, cerca de 6 a 8 horas por dia, 5 dias por semana. “A escola tem pois vindo a transformar-se numa instituição que já não se limita a instruir em matérias académicas. É agora algo que

se aproxima da instituição educativa por excelência e onde se joga muito da vida de milhões de pessoas.” (Lopes, 2004, p. 202)

É importante que o professor detenha conhecimentos suficientes acerca desta desordem que lhe permitam dar resposta às necessidades educativas destes alunos e que lhe possibilitem proceder às modificações adequadas na sala de aula.

As estratégias de intervenção, na sala de aula, que os docentes consideram mais adequadas adoptar para a criação de um ambiente propício à aprendizagem do aluno hiperactivo são:

- Manter o aluno afastado de focos de distração (52% concordam e 36% concordam totalmente);
- Enfatizar a qualidade e não a quantidade (42% concordam e 32% concordam totalmente);
- Sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor (48% concordam e 26% concordam totalmente).

Vários docentes partilham da opinião que a estratégia: “a mochila do aluno deve ficar sempre ao fundo da sala de aula” é pouco adequada para a criação de um ambiente de aprendizagem. No entanto, Selikowitz não partilha da mesma opinião. Segundo ele, “as mochilas devem ficar ao fundo da sala, a um canto, e as secretárias e os quadros devem manter-se vazios.” (Selikowitz, 2010, p. 179)

Um aluno hiperactivo necessita de um ambiente escolar bem estruturado, uma vez que fácil e frequentemente se distrai, qualquer estímulo que possa dar azo a que tal aconteça deve ser evitado.

“É evidente que se uma criança tem facilidade em se distrair, a sala de aula ou de estudo deve estar ausente de factores de alheamento como televisores, telemóveis ou brinquedos. Por outro lado, os principais factores de desatenção na sala de aula são os próprios colegas, pelo que a procura do melhor lugar para sentar a criança com PHDA é crucial.” (Antunes, 2009, p. 174).

Segundo Parker, os alunos hiperactivos “devem sentar-se perto de um bom modelo, ou próximo do professor, de forma que possam ser incentivados a trabalhar.” (Parker, 2003, p. 57). Deve-se tentar evitar sentar alunos hiperactivos próximo dos outros, perto de janelas ou de expositores, ou mesmo perto de áreas da sala em que estão sujeitos a mais distrações.

“É necessário que o professor enfatize a qualidade e não a quantidade.” (Nielsen, 1999, p.62). O docente deve procurar que o aluno realize os trabalhos escolares com

qualidade, pois o aluno sentir-se-á menos pressionado pelo factor tempo e será capaz de realizar a tarefa em questão, aproveitando ao máximo as suas capacidades. Deste modo, o docente reduz grande parte da pressão que estes alunos têm quanto à necessidade de completar tarefas.

Quanto às estratégias de intervenção educativas que os docentes consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos, a maioria dos docentes elegeu as seguintes estratégias:

- Identificar os pontos fortes do aluno hiperactivo (40% concordam e 54% concordam totalmente);
- Manter contacto regular com os pais do aluno hiperactivo (36% concordam e 54% concordam totalmente).
- Atitude dos professores (60% concordam e 30 % concordam totalmente).

De um modo geral, as estratégias seleccionadas anteriormente pelos docentes inquiridos são facilmente identificadas por estes e não diferem muito. A selecção de tais estratégias não dependem do tempo de serviço, nem do tipo de formação, bem como, nem do facto de estes já terem trabalhado com alunos hiperactivos, ou seja, todos os docentes identificam correctamente as estratégias a seleccionar para trabalhar com alunos hiperactivos.

É necessário desenvolver o sentido de competência e de responsabilidade do aluno hiperactivo. “O professor deve identificar os pontos fracos e os pontos fortes do aluno e criar oportunidades para, com base nos pontos fortes, o ajudar a desenvolver e a melhorar e sua imagem.” (Nielsen, 1999, p. 61). A compreensão, o encorajamento e o elogio devem estar sempre presentes quando se lida com estes alunos, uma vez que possuem baixa auto-estima e constantemente são alvo de reacções negativas e de punições.

“O aluno que se vê como um contribuinte válido para a sua aula ou escola tem muito mais probabilidade de desenvolver um sentido positivo de si do que um aluno que sente nada ter para oferecer.” (Parker, 2003, p. 57). Os docentes devem procurar áreas em que os alunos com PHDA se possam destacar e contribuir, de modo a que estes se sintam orgulhosos do seu trabalho e adquiram hábitos de responsabilidade, bem como, colmatem problemas de auto-estima. Pequenas realizações podem fazer uma grande diferença.

“Os professores de uma criança com este distúrbio devem manter um contacto regular com os pais do aluno.” (Selikowitz, 2010, p.180). Esta comunicação é fundamental para garantir que tanto os pais como os professores estão a par dos progressos do aluno. É

ainda uma oportunidade para os docentes conversarem com os pais sobre as estratégias de apoio ao trabalho da criança em casa.

Pais e professores deverão procurar adoptar atitudes positivas para com os seus filhos e alunos, e pôr em prática normas de actuação correctas que favoreçam as interacções e facilitem a convivência familiar e escolar. A comunicação entre pais e professores é fundamental para garantir que ambos estão a par dos progressos da criança e dos passos que estão a ser dados no sentido de a apoiar no contexto familiar e escolar, e ainda, como forma de se definirem estratégias.

Quando se trata de reduzir e controlar o comportamento das crianças hiperactivas na escola, é imprescindível que os docentes adoptem atitudes favoráveis e positivas, e concebam um sistema de aprendizagem escolar que tenha em conta as capacidades, as destrezas e as limitações apresentadas por tais crianças. “O elogio é o mais poderoso dos estímulos, o prémio o reconhecimento tangível do sucesso.” (Antunes, 2009, p. 179).

É fundamental a adopção de estratégias educativas, por parte dos docentes, estratégias essas que permitam ajustar o comportamento do aluno hiperactivo, de modo a que este adquira competências académicas e que não perturbe os restantes elementos da turma. “É claro que uma aula viva e interessante, dada por um professor que é bom comunicador, consegue prender a atenção de forma distinta de uma outra profundamente maçadora pelo tom monocórdico de um professor - robot.” (Antunes, 2009, p. 175)

## **Capítulo 10 - Conclusões**

## 10. Conclusões

A PHPA é uma perturbação do comportamento que afecta a vida de um grande número de crianças nos seus mais diversos aspectos: na escola, em casa, na comunidade e no relacionamento com os outros. A sua identificação precoce, o diagnóstico preciso das diferentes situações associadas e a intervenção eficaz e abrangente são essenciais para um melhor prognóstico a longo prazo.

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção é um diagnóstico que se realiza, nos dias de hoje, com crescente frequência, quer em crianças, quer em adultos. Não existe uma fronteira clara entre as crianças que são mais activas e aquelas que são consideradas hiperactivas, do mesmo modo que não existe uma fronteira nítida entre as distraídas e as que têm um défice de atenção.

Podemos também acrescentar que a que é considerada «normal nesta matéria», varia conforme as culturas e depende das situações com as quais os indivíduos se confrontam. Alguns pais e médicos preocupam-se com o facto de que muitos indivíduos com problemas de atenção ou de hiperactividade, e que poderiam ser considerados normais, possam erradamente receber um diagnóstico de PHDA. Por isso mesmo, é extremamente importante avaliar o comportamento, em especial a hiperactividade, das crianças com PHDA, relativamente ao que é considerado normal em outras crianças com a mesma idade, com um igual grau de desenvolvimento e com o mesmo ambiente cultural e fazê-lo em múltiplas e variadas circunstâncias (Casquilha, 1999; Parker, 2003).

Para Smith e Strick (2001), características como a movimentação excessiva do indivíduo, falta de atenção, impaciência, impulsividade, distracção, impossibilidade de focalizar a atenção por muito tempo num determinado objectivo, conduz a criança (principalmente no início da sua vida escolar) a problemas de rejeição, dúvidas quanto à sua capacidade intelectual, baixa auto-estima, e várias situações que, com a devida informação a pais, profissionais e ao próprio portador do distúrbio, podem ser minimizadas, contornadas ou mesmo eliminadas.

Devido à exigência do contexto escolar em termos de cumprimento de regras sociais e académicas, podemos dizer que, as crianças com PHDA estão mais expostas ao fracasso social, dado que no contexto de sala de aula os seus problemas se reflectem ao nível do rendimento académico e porque são socialmente imaturas, impulsivas e pouco reguladas, provocando a rejeição por parte dos pares (Lopes et. al., 2006). O aluno hiperactivo tende igualmente a manifestar dificuldades de relacionamento com os outros e regra geral encara a

escola como uma atrocidade e nutre por ela sentimentos de angústia, desassossego, irritação, ansiedade, daí que frequentemente o seu rendimento seja mais baixo que as outras crianças, ainda que as diferenças não sejam substanciais.

A instituição escolar tem muitas dificuldades em lidar com os alunos que apresentam comportamentos e atitudes diferentes ou que apresentam dificuldades específicas (Araújo, 2002). Com os alunos com PHDA o problema assume particular importância, porque põe em causa o exercício do grupo - turma e exige uma actuação muito concreta e focalizada do Professor (Parker, 2003). Como nem as escolas, nem os professores estão sempre preparados, muitas vezes estas crianças são rejeitadas e assiste-se a uma longa travessia no deserto, com mudanças de escola, queixas constantes, insucesso e abandono escolar em conjunto com sentimentos de angústia, impotência e revolta por parte dos pais e das próprias crianças (Parker, 2003).

Deste modo, e atendendo a que todas as crianças têm direito à educação, independentemente das suas características ou ritmos de aprendizagem, as crianças com NEE “têm direito a um programa de educação específico, adequado e gratuito, num meio de aprendizagem o menos restritivo possível, que responda às suas necessidades educativas e ao seu ritmo e estilos de aprendizagem.” (Correia, 1999, p. 48). Compete, então, à escola e a todos os intervenientes no processo educativo (pais, professores, técnicos de saúde e de intervenção social e comunidade) criar condições para que no futuro estas crianças venham a ser, tanto quanto possível, adultos com sucesso profissional.

A realização deste trabalho foi muito gratificante e enriquecedora. Através dele podemos aprofundar e alargar os conhecimentos na área da hiperactividade. As confirmações que se obtiveram relativamente às hipóteses colocadas, permitem afirmar que há alguma sensibilidade e conhecimento por parte dos docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico acerca do ensino e educação das crianças com NEE, nomeadamente, no acompanhamento de alunos hiperactivos. Os docentes que já trabalharam com alunos hiperactivos identificam mais facilmente as características que aparecem associadas a estes alunos, assim como, os docentes com mais tempo de serviço e os docentes que já realizaram formação sobre o tema da hiperactividade.

Um número considerável de docentes inquiridos partilha da opinião que a utilização de estratégias de intervenção diversificadas, em contexto de sala de aula, favorece o processo de ensino aprendizagem dos alunos hiperactivos.

Podemos, estão concluir, depois de efectuado o estudo, que a maioria dos docentes do 1º CEB inquiridos, seleccionam estratégias comuns para a intervenção junto de alunos hiperactivos.

As estratégias de intervenção, na sala de aula, que os docentes consideram mais adequadas adoptar para a criação de um ambiente propício à aprendizagem do aluno hiperactivo são: manter o aluno afastado de focos de distração; enfatizar a qualidade e não a quantidade; sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor.

Quanto às estratégias de intervenção educativas que os docentes consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos, a maioria dos docentes elegeu as seguintes estratégias: identificar os pontos fortes do aluno hiperactivo; manter contacto regular com os pais do aluno hiperactivo; e a atitude dos professores.

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

“A medicação, embora parte importante do tratamento, não é panaceia universal para o DHDA, ocupando as estratégias de tipo educacional um espaço de intervenção tão ou mais importante.” (Lopes, 2004, p.159)

Diagnóstico precoce e tratamento adequado podem reduzir drasticamente os conflitos familiares, escolares, comportamentais e psicológicos vividos por essas crianças e pelas suas famílias (Goldstein & Goldstein, 1998). Acredita-se que, através do diagnóstico e de tratamentos adequados, um grande número dos problemas, como a retenção escolar e posterior abandono dos estudos, depressão, distúrbios de comportamento, problemas relacionais e vocacionais, fracas competências sociais, bem como a entrada na marginalidade ou delinquência, abuso drogas, podem ser adequadamente tratados ou, até mesmo, evitados se a intervenção for executada o mais precocemente possível (Sosin & Sosin, 2006; Parker, 2001; Goldstein & Goldstein, 1998; Goldstein & Goldstein, 2000; Rhode, & Mattos, 2003).

Cabe a todos nós tentar compreender, procurar saberes e encontrar formas de agir que vão no sentido da inclusão e da aceitação da diferença, mesmo quando esta só é visível no comportamento. “A criação de um ambiente positivo e confortável é essencial para que a

experiência educativa tenha sucesso e seja gratificante para todos os alunos.” (Nielsen, 1999, p. 23).

Como afirma Edgar Morin (1996) “... somos um produto “desviado” da história do mundo; isto permite-nos compreender que a evolução não é qualquer coisa que avança frontalmente, majestosamente, como um rio, mas parte sempre de um “desvio” que começa e consegue impor-se, se torna uma grande tendência e triunfa”.

Então, as diferenças são imprescindíveis para a nossa evolução e se nos fecharmos a elas, encerramo-nos na nossa própria limitação e egoísmo. É este o risco que a Escola deve evitar.

### **10.1. Limitações do Estudo**

No decorrer deste estudo verificaram-se algumas limitações, como o tempo para concluir o projecto; a dificuldade sentida em encontrar docentes que estivessem dispostos a colaborar neste estudo, respondendo ao questionário; ser apenas referência da investigação os docentes do 1º CEB. Uma outra limitação decorrente deste estudo foi a dificuldade em encontrar bibliografia recente sobre o tema em estudo, depois de uma pesquisa exaustiva.

### **10.2. Linhas Futuras de Investigação**

Numa perspectiva futura, poder-se-ia testar a eficácia concreta, em contexto de sala de aula, do uso da medicação e da acomodação do aluno hiperactivo na sala de aula, verificar se estas são de facto estratégias relevantes no processo de intervenção junto do aluno hiperactivo. Poder-se-ia avaliar, se para além dos docentes reconhecerem a necessidade de implementar estratégias de ensino diversificadas se quando tiveram alunos hiperactivos assim procederam; reavaliar a opinião dos docentes acerca da necessidade de formação ou se é a experiência o principal motivo da sensação de preparação para lidar com a criança hiperactiva no processo de ensino - aprendizagem.

## Bibliografia

- Abreu, Manuel Viegas et al (1998) N.º 19 Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. *Psychologica. Hiperactividade e Problemas de Atenção em Crianças e Adolescentes*. Edição Apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, N. L.(2009). *Mal – entendidos. Da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As resposta que procura*. Lisboa: Verso de Kapa.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. – revisão de texto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barkley, R. A. (1990). A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: Clinical and research implications. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 343-352.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – A Hanbok for Diagnosis and Treatment* (2 nd Ed.). New York: Guidford Press.
- Ballone, G. J. (2005). *Distúrbio de deficit de atenção por Hiperactividade*. <http://www.psiqweb.med.br/site/>
- Batshau, M. L. & perret, Y. M. (1990). *Criança com Deficiência* (1ª edição). São Paulo: Editora Maltese.
- Bautista, Rafael (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Colecção “Saber Mais”. Lisboa: Dinalivro.
- Benavente, A. & Correia, A. P. (1980). *Obstáculos ao Sucesso na Escola Primária*. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. Cadernos: Lisboa.

- Borg, W. R. & Gall, M. D. (1996). *Educational Research*. New York: Long man.
- Brennam, W. K. (1990). *El Currículo para Niños com Necesidades Especiales*. Madrid: Siglo XXI.
- Carmo, H. & Ferreira (1998). *Metodologia de Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chaves, E. (1999). *Hiperactividade e Dificuldade de Aprendizagem – Análise e Técnicas de Recuperação*. Vila Real: Serviços gráficos da UTAD.
- Chaves, E. (2001). *Introdução à Educação Especial. Um modelo Prático para Professores*. Vila Real: Serviços Gráficos da UTAD.
- Correia, L.M. (1997). *Alunos com Necesidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necesidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2001). Educação Inclusiva ou Educação Apropriada. In Rodrigues (org.). *Educação e Diferença: valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2005). *Inclusão e Necesidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.
- Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto de 1991. Educação Especial.
- Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro. Educação Especial.
- DuPaul, G & Stoner, G. (1994). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. Nova Iorque: The Guilford Press.

Fernandes, A. (2001). *Acta Pediátrica Portuguesa*. Unidade de Desenvolvimento Infantil – Serviço de Pediatria Hospital Santa Maria, 32, 91-8.

Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill Portugal.

[http:// www.ddah.planetaclix.pt](http://www.ddah.planetaclix.pt) (2008)

Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro. Lei de Bases do Sistema Educativo.

Lei de Bases do Sistema Educativo (1986).

Leitão, R. (1998). *Algumas Perspectivas Históricas sobre a Educação Especial*. Revista Ludens, ISEF, n.º 4, Lisboa.

Leitão, R., (2006). *Aprendizagem Cooperativa e Inclusão*. Lisboa: Ed. Ramos Leitão.

Lopes, J. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

Lopes, J. (1998). *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação*. Braga: Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.

Lopes, J. e Rutherford, R. (2001). *Problemas de Comportamento na Sala de Aula (identificação, avaliação e modificação)*. Porto: Porto Editora.

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

Melo, A. I. (2003). *Contributos para a avaliação com perturbação de hiperactividade e défice de atenção*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

Morin, Edgar (1996). *O Desafio da Complexidade para uma Reforma do Pensamento*. Conferência promovida pela Escola Superior de Educação. Jean.

Neto, A. *A função do Educador frente à construção do conhecimento*. Disponível na Internet em: <http://www.malhatlantica.pt/ecae-cm/ArmandoCorrea3.htm> [acedido a 12 de Janeiro de 2008).

Nielson, L. (1999). Desordens por Défice de Atenção com e sem Hiperactividade. In L. Nielson. *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula*. Porto: Porto Editora.

Pardal, L. & Correia, E. (1994). *Técnicas de Pesquisa em Ciências Sociais*. Porto: Areal Editores.

Parker, Harvey C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade. Um guia para pais, educadores e professores*. Colecção Necessidades Educativas Especiais. Porto: Porto Editora.

Porfírio, H. Fernandes, J. B. e Borges L. (1998). *A Intervenção Psicofarmacológica na Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1997). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida Publicações LDª.

Rebelo, Simões e Fonseca (1998). *A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: dados de um estudo exploratório*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra. (1998) N.º 19. *Psychologica. Hiperactividade e Problemas de Atenção em Crianças e Adolescentes*. Edição Apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Sanchez. (1999). *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Jornal de Notícias. Domingo. 12 de Dezembro de 1999.

Schweizer, C. Prekop, J. (2001). *Crianças Hiperactivas*. Porto: Âmbar.

Selikowitz, Mark (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.

Silva, Ana Beatriz (2005). *Mentes inquietas, compreender o distúrbio do défice de atenção*. Cascais: Editora Pergaminho.

Simões, M. (1998a). *Avaliação Psicológica e Diagnóstico da Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção (I)*. Entrevistas: Psychologica.

Simões, M. (1998b). *Avaliação Psicológica e Diagnóstico da Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção (II)*. Escalas de Avaliação: Psychologica.

Sousa, Alberto B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa. Livros Horizonte.

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

UNESCO (1992). *Declaração de Madrid*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção das Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Vasquez, I. C. (1997). *Hiperactividade*, in Rafael Bautista (Coord.). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Vasquez, I.C. (1997). *Hiperactividade: avaliação e tratamento*. In *Necessidades Educativas Especiais*, tradução Ana Escoval. (p. 159-184). Lisboa: Dinalivro.

## **Apêndice I - Questionário**

## **Escola Superior de Educação Almeida Garrett – Universidade Lusófona**

### **Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial**

Caro docente do 1º Ciclo do Ensino Básico,

O presente inquérito, efectuado sob a forma de questionário, insere-se no âmbito da elaboração da Dissertação do Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial e tem como objectivo conhecer a opinião dos docentes do 1º CEB, face ao uso de estratégias de intervenção com alunos hiperactivos. Pretende-se investigar quais as estratégias de intervenção que os docentes do 1º CEB consideram mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos.

A sua colaboração, através do preenchimento deste questionário é imprescindível para o êxito desta investigação.

O bom resultado do trabalho vai depender da veracidade dos dados fornecidos e da resposta a todas as questões.

De salientar que não existem nem boas nem más respostas.

Obrigada pela sua colaboração!

## I – Dados Biográficos

(As questões que se seguem destinam-se apenas à caracterização da amostra e em nada o identificam.)

**1- Género**

Masculino ☐

Feminino ☐

**2- Idade:** \_\_\_\_\_

**3- Tempo de Serviço:**

3.1 – Menos de 5 anos ☐

3.2 – 5 a 10 anos ☐

3.3 – 11 a 20 anos ☐

3.4 – 21 ou mais anos ☐

**4- Habilitações:**

4.1 – Bacharelato ☐

4.2 – Licenciatura ☐

4.3 – Pós-Graduação ☐

4.4 – Mestrado ☐

4.5 – Doutoramento ☐

**5- Situação Profissional:**

☐ Quadro de Agrupamento

☐ Quadro de Zona Pedagógica

☐ Contratado

☐ Outro Qual \_\_\_\_\_

**6- Agrupamento onde lecciona:** \_\_\_\_\_

## II – Conhecimento dos docentes face à hiperactividade

**1- Já ouviu falar de hiperactividade?**

Sim ☐

Não ☐

**2- Sabe o que é a hiperactividade?**

Sim ☐

Não ☐

**3- Já trabalhou com alunos hiperactivos?**

Sim ☐

Não ☐

**4- Já realizou formação sobre o tema: “Hiperactividade”?**4.1 – Sim ☐4.2 – Não ☐Se respondeu **Sim**, indique de que tipo:4.1.1 – Inicial ☐4.1.2 – Especializada ☐4.1.3 – Acções de Formação ☐

4.1.4 – Outra \_\_\_\_\_

**5- As crianças hiperactivas caracterizam-se por níveis anormais de desatenção, excessiva actividade motora e impulsividade.**☐

Discordo Totalmente

☐

Discordo

☐

Não concordo nem discordo

☐

Concordo

☐

Concordo Totalmente

**6- Classifique de 1- nada associado à hiperactividade a 5 – totalmente associado à hiperactividade cada uma das seguintes características do aluno hiperactivo. Coloque um X no quadrado correspondente.****1. Nada associado (NA) 2. Pouco associado (PA) 3. Moderadamente associado (MA)****4. Bastante associado (BA) 5. Totalmente associado (TA).**

|                                                                         | NA | PA | MA | BA | TA |
|-------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|
| Interrompe, frequentemente, ou perturba os outros                       | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Apresenta maneirismos motores estereotipados e repetitivos              | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Muito activo, age como se estivesse “ligado a um motor”                 | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Acentuada incapacidade de iniciar ou reagir ao contacto social          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Tem frequentemente dificuldade em manter a atenção em tarefas ou jogos. | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |

**7- A experiência e formação dos docentes são importantes para lidar com alunos hiperactivos?**☐

Discordo Totalmente

☐

Discordo

☐

Não concordo nem discordo

☐

Concordo

☐

Concordo Totalmente

**8- No caso de já ter trabalhado com alunos hiperactivos responda a esta questão, caso contrário passe para a questão seguinte.**

**Assinale com X os adjectivos que caracterizam o seu trabalho com alunos hiperactivos.**

- fácil ☐

- desmotivante ☐

- difícil ☐

- motivante ☐

- agradável ☐

- interessante ☐

- desagradável ☐

- pouco interessante ☐

### III – Aplicação de estratégias de intervenção com alunos hiperactivos

**1- Assinale com X a resposta que considera mais adequada.**

*Discordo totalmente (DT)*

*Discordo (D)*

*Não concordo nem discordo (NCND)*

*Concordo (C)*

*Concordo totalmente (CT)*

|                                                                                                                                                                      | DT | D | NCND | C | CT |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|------|---|----|
| As condições que existem actualmente na maioria das escolas permitem assegurar o sucesso educativo dos alunos com hiperactividade.                                   |    |   |      |   |    |
| A utilização de estratégias de intervenção diversificadas, em contexto de sala de aula, favorece o processo de ensino/aprendizagem dos alunos hiperactivos.          |    |   |      |   |    |
| Quando um aluno hiperactivo obtém melhores resultados do que é costume, isso deve-se ao facto de eu (professor) ter encontrado estratégias de ensino mais adequadas. |    |   |      |   |    |
| Uma intervenção do tipo educativo, sob a forma de ensino mais individualizado é suficiente para resolver o problema da hiperactividade.                              |    |   |      |   |    |
| O aluno hiperactivo deve receber tratamento farmacológico.                                                                                                           |    |   |      |   |    |

**2- Indique, por grau de importância, as estratégias de intervenção, na sala de aula, que considera mais adequadas adoptar para a criação de um ambiente propício à aprendizagem do aluno hiperactivo. Coloque um X no quadrado correspondente.**

**1. Nada adequado(NA)      2. Pouco adequado(PA)      3. Moderadamente adequado(MA)**  
**4. Bastante adequado(BA)      5. Totalmente adequado(TA)**

|                                                                                       | NA | PA | MA | BA | TA |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|
| Sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor.                    | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Sentar o aluno no meio de dois alunos que sejam bons exemplos.                        | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Manter o aluno afastado de focos de distração.                                        | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Corrigir diariamente a organização do material do aluno.                              | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Enfatizar a qualidade e não a quantidade.                                             | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| A mochila do aluno deve ficar sempre ao fundo da sala de aula.                        | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Manter a sala interessante, mas evitando paredes repletas de cartazes com informação. | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |

**3- Indique, por grau de importância, as estratégias de intervenção educativas que considera mais adequadas utilizar com alunos hiperactivos. Coloque um X no quadrado correspondente.**

1. Nada adequado(NA)      2. Pouco adequado(PA)      3. Moderadamente adequado(MA)  
4. Bastante adequado(BA)      5. Totalmente adequado(TA)

|                                                                                                                                                              | NA | PA | MA | BA | TA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|
| Manter uma sala de aula estruturada                                                                                                                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Treino de competências de organização e de estabelecimento de objectivos                                                                                     | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Modificação na apresentação das aulas e introdução de adaptações nas tarefas a realizar                                                                      | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Identificar os pontos fortes do aluno hiperactivo                                                                                                            | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Usar instruções, avisos e advertências eficazes, para melhorar o comportamento do aluno hiperactivo                                                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Ensinar ao aluno hiperactivo a automonitorização (método de ensinar os alunos a prestarem atenção ao seu comportamento e avaliarem o seu próprio desempenho) | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Diagnóstico e avaliação                                                                                                                                      | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Atitude dos professores                                                                                                                                      | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Acomodação do aluno hiperactivo na sala de aula                                                                                                              | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Identificação de aspectos a ter em conta no recreio                                                                                                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Manter contacto regular com os pais do aluno hiperactivo                                                                                                     | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Alteração do tipo de trabalho e dos testes                                                                                                                   | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| Medicação                                                                                                                                                    | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |

Agradeço a sua disponibilidade.

## **Anexo 1 - Escala de Conners para Professores**

**ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)**

(Keith Connors, PhD. – 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues – Departamento de educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana.

|                            |               |                               |          |          |
|----------------------------|---------------|-------------------------------|----------|----------|
| <b>Nome:</b>               |               | <b>Sexo:</b>                  | <b>F</b> | <b>M</b> |
| <b>Data de Nascimento:</b> | <b>Idade:</b> | <b>Ano de escolaridade:</b>   |          |          |
| <b>Nome do Professor:</b>  |               | <b>Data de Preenchimento:</b> |          |          |
| <b>Observações:</b>        |               | <b>Código:</b>                |          |          |

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?" e marque a melhor resposta para cada um.

Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

| NUNCA - 0 | UM POUCO - 1                                                                             | FREQUENTEMENTE - 2 | MUITO FREQUENTEMENTE - 3 |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1         | Desatento(a), distrai-se facilmente                                                      | 0                  | 1 2 3                    |
| 2         | Comportamento de desafio face ao adulto                                                  | 0                  | 1 2 3                    |
| 3         | Inquieto(a), "Tem bichos carpinteiros" (mexe o corpo sem sair do lugar)                  | 0                  | 1 2 3                    |
| 4         | Esquece-se de coisas que ele ou ela já aprenderam                                        | 0                  | 1 2 3                    |
| 5         | Perturba as outras crianças                                                              | 0                  | 1 2 3                    |
| 6         | Desafia o adulto e não colabora com os pedidos que lhe são feitos                        | 0                  | 1 2 3                    |
| 7         | Mexe-se muito como estivesse sempre "ligado(a) a um motor"                               | 0                  | 1 2 3                    |
| 8         | Soletra de forma pobre                                                                   | 0                  | 1 2 3                    |
| 9         | Não consegue manter-se sossegado(a)                                                      | 0                  | 1 2 3                    |
| 10        | Vingativo(a) ou maldoso(a)                                                               | 0                  | 1 2 3                    |
| 11        | Levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que deveria ficar sentado(a) | 0                  | 1 2 3                    |
| 12        | Mexe os pés e as mãos e está irrequieto(a) no seu lugar                                  | 0                  | 1 2 3                    |
| 13        | Capacidade de leitura abaixo do esperado                                                 | 0                  | 1 2 3                    |
| 14        | Tem um tempo curto de atenção                                                            | 0                  | 1 2 3                    |
| 15        | Argumenta com os adultos                                                                 | 0                  | 1 2 3                    |

|    |                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 16 | Dá apenas atenção a coisas em que está realmente interessado(a)                                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Tem dificuldade em esperar a sua vez                                                                                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Não se interessa pelo trabalho escolar                                                                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Distraído(a) ou apresentando curto tempo de atenção                                                                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Tem um temperamento explosivo e imprevisível                                                                                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22 | Pobre em aritmética                                                                                                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23 | Interrompe e intromete-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros)                                                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou actividades de lazer, de forma sossegada                                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25 | Não termina as coisas que começa                                                                                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26 | Não segue instruções que lhe foram dadas e não termina o trabalho escolar (não devido a comportamentos de oposição nem por falta de compreensão do que lhe foi pedido) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27 | Excitável e impulsivo(a)                                                                                                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28 | Inquieto(a), sempre a levantar-se e a movimentar-se pelo espaço                                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |

Muito obrigada pela sua colaboração

## **Anexo 2 - Escala de Conners para Pais**

**ESCALA DE CONNERS PARA PAIS – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)**

(Keith Connors, PhD. – 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues – Departamento de educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana.

|                                         |               |                               |          |
|-----------------------------------------|---------------|-------------------------------|----------|
| <b>Nome:</b>                            | <b>Sexo:</b>  | <b>F</b>                      | <b>M</b> |
| <b>Data de Nascimento:</b>              | <b>Idade:</b> | <b>Ano de escolaridade:</b>   |          |
| <b>Nome do Encarregado de Educação:</b> |               | <b>Data de Preenchimento:</b> |          |
| <b>Observações:</b>                     |               | <b>Código:</b>                |          |

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?" e marque a melhor resposta para cada um.

Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

|    | NUNCA - 0                                                                                                        | UM POUCO - 1 | FREQUENTEMENTE - 2 | MUITO FREQUENTEMENTE - 3 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|--------------------------|
| 1  | Desatento, distrai-se facilmente                                                                                 |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 2  | Furioso(a) (zanga-se com facilidade) e ressentido(a)                                                             |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 3  | Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa                                                              |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 4  | Está sempre a movimentar-se ou age como "tendo as pilhas carregadas" ou como se "estivesse ligado(a) a um motor" |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 5  | Tempo curto de atenção                                                                                           |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 6  | Discute / argumenta com os adultos de forma desadequada                                                          |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 7  | Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado(a) no lugar                                              |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 8  | Não consegue completar as suas tarefas, deveres ou trabalhos                                                     |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 9  | Difícil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos                                                    |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 10 | Desarrumado(a) ou desorganizado(a) em casa ou na escola                                                          |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 11 | Perde o controlo                                                                                                 |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 12 | Precisa de acompanhamento para executar as suas tarefas, deveres ou trabalhos                                    |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 13 | Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa                                                           |              |                    | 0 1 2 3                  |
| 14 | Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados  |              |                    | 0 1 2 3                  |

|    |                                                                                                                                                       |   |   |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 15 | Distraído(a) ou com um tempo de atenção curto                                                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Irritável                                                                                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Evita, expressa relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço mental continuado (tal como trabalhos da escola ou de casa) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Irrequieto(a), "tem bichos carpinteiros" (mexe o corpo sem sair do lugar)                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa                                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Desafia o adulto ou recusa satisfazer os pedidos que lhe são feitos                                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Tem problemas em concentrar-se nas aulas                                                                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22 | Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23 | Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado(a)                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | Deliberadamente faz coisas para irritar os outros                                                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25 | Não segue instruções e não acaba os trabalhos, tarefas e obrigações no lugar (não é dificuldade em entender as instruções ou recusa)                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26 | Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente                                                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27 | Fica frustrado(a) quando não consegue fazer qualquer coisa                                                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 |

Muito obrigada pela sua colaboração

## **Anexo 3 - Contrato Comportamental**

**EXEMPLO DE CONTRATO COMPORTAMENTAL**

Eu, (nome do(a) aluno(a)) \_\_\_\_\_,  
aceito e comprometo-me a fazer o seguinte:

1. Escrever, no fim da aula, no meu caderno, os trabalhos para casa.
2. Fazer, em casa, durante uma semana, os meus deveres de \_\_\_\_\_ (nome da disciplina).
3. Não interromper o(a) professor(a) sem pedir licença, levantando o dedo sempre que quiser participar.
4. Não dar cotoveladas ao meu colega do lado.

Se, ao fim da semana, tiver cumprido este contrato, o(a) professor(a) far-me-á uma surpresa agradável.

Se, ao fim da semana, tiver cumprido este contrato, poderei escolher um jogo para computador ou ir com os meus pais ver um filme.

Se não tiver cumprido a maior parte dos pontos acordados neste contrato, não vou sair de casa durante o próximo fim-de-semana e fico obrigado(a) a fazer tudo aquilo que não cumpri.

Concordo com tudo o que está neste contrato e, por isso mesmo, o assino.

\_\_\_\_\_

(assinatura do(a) aluno(a))

\_\_\_\_\_

(assinatura do(a) professor(a))

\_\_\_\_\_

(assinatura dos pais)

Data: \_\_\_\_\_

## **Anexo 4 - Procedimentos de treino para os pais de crianças hiperactivas**

## **Procedimentos de treino para os pais de crianças com PDAH**

### **1ª SESSÃO: REVISÃO DO CONCEITO DE HIPERACTIVIDADE**

Nesta sessão, é fornecida aos pais informação sobre a etiologia, natureza e prognóstico da perturbação do seu filho. Geralmente, os pais têm conceitos errados que nesta sessão podem ser clarificados, adoptando uma atitude não crítica e destacando a natureza crónica da hiperactividade.

### **2ª SESSÃO: REVISÃO DAS INTERACÇÕES PAIS-FILHOS**

Trata-se de chamar a atenção dos pais que a criança não é a única responsável pela situação. Informam-se os pais que as reacções em relação ao comportamento da criança não são estáticas e que se vão modificando à medida que os mecanismos utilizados antes se revelarem ineficazes. Por exemplo, os pais que em princípio decidem ignorar a criança, progressivamente irão adoptando mecanismos mais restritivos se persiste o mau comportamento da criança, chegando inclusive ao castigo físico. Pelo contrário, outros pais podem aceder às exigências da criança e tolerar a sua desobediência com o objectivo de evitar confrontações. A sessão finaliza com comentários sobre como aplicar as ideias anteriores à família concreta em tratamento e a possibilidade de reduzir os factores de stress que afectam o sistema familiar.

### **3ª SESSÃO: INTENSIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA**

Nesta sessão, participa a criança e informam-se os pais para que dediquem cada dia em casa 15 a 20 minutos de atenção ao jogo da criança. Dentro deste período, a criança tem que decidir a actividade que quer realizar e o pai tem que observar, descrever e apreciar os comportamentos adequados da criança. Não há ordens nem deve ensinar-se nada, as perguntas devem ser mínimas. O objectivo desta sessão é aumentar a atenção dos pais para a criança e embora não elimine os comportamentos inadequados contribui em grande medida para fomentar as relações positivas entre pai e filho.

### **4ª SESSÃO: DESENVOLVIMENTO DA OBEDIÊNCIA**

Utiliza-se a atenção e outros reforços para desenvolver na criança a independência e uma maior obediência. Informam-se os pais para que seleccionem várias ordens que devem ser concretizadas pela criança. A eficácia das ordens obedece a algumas condições: manter o contacto visual quando se fala com a criança, reduzir as distrações que possam existir no meio ambiente, como a televisão antes de dar a ordem de acordo com o nível de linguagem da criança, observar e apreciar a obediência sempre que ocorra dar a ordem como um imperativo e não uma petição ou um favor.

Finalmente, pede-se aos pais como pôr em prática um sistema de economia de fichas, uma vez que o elogio por si só não basta para aumentar a obediência das crianças hiperactivas. Em primeiro lugar, organiza-se a lista de privilégios que se podem ganhar e depois estabelece-se o preço de cada prémio.

### **5ª SESSÃO: O USO DO TIME-OUT PELA NÃO OBEDIÊNCIA**

O time-out é uma forma de castigo que se utiliza quando a criança se porta mal ou não é obediente. Trata-se de manter a criança isolada por algum tempo. É preferível utilizar por períodos curtos de tempo.

### **6ª SESSÃO: AMPLIAR O TIME-OUT A OUTROS COMPORTAMENTOS DESOBEDIENTES**

Esta sessão é uma revisão de como os pais utilizam o time-out e que problemas têm para que possam utilizá-los em vários comportamentos desobedientes.

### **7ª SESSÃO: OS COMPORTAMENTOS DESOBEDIENTES FORA DE CASA**

Informam-se os pais sobre como corrigir os comportamentos desobedientes em público. Geralmente, todos os métodos já indicados se revêem nesta sessão, pede-se aos pais que elogiem mais a obediência em público e usem o sistema de fichas e o custo de resposta nestes casos.

### **8ª SESSÃO: CORRIGIR COMPORTAMENTOS FUTUROS INADEQUADOS**

Esta sessão é uma revisão de todos os métodos ensinados e em que o terapeuta examina com os pais os problemas de comportamento que não foram solucionados e ver como se deveriam tratar.

### **9ª SESSÃO: SESSÃO DE APOIO**

Esta sessão é levada a cabo quatro ou seis semanas depois e serve meramente como uma visita para comprovar como os pais devem continuar a orientar a criança. O tratamento pode ser renovado se surgirem problemas.

Fonte: (Chaves, 1999, p. 50-52)