PATRÍCIA JESUS GOMES TEIXEIRA

SABES? JUNTOS APRENDEMOS MELHOR

A ATITUDE DOS DOCENTES FACE À INCLUSÃO DE ALUNOS COM DISTÚRBIO HIPERATIVO COM DÉFICE DE ATENÇÃO

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na especialidade de Educação Especial conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Orientador: Professor Doutor Luís de Sousa

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa
2012

Epígrafe

Uma sociedade que exclui alguns dos seus membros não mobilizando todas as energias e potencialidades, que não integra a diferença, é uma sociedade empobrecida.

(Vítor da Fonseca, 1997)

Agradecimentos

Aproveito este espaço para expressar enorme gratidão e apreço por todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para a elaboração deste trabalho, direta ou indiretamente. Foram verdadeiros amigos e seres humanos inexcedíveis, sem os quais este árduo caminho teria sido ainda mais longo e mais penoso. Juntos conseguiram reconfortar-me nos piores momentos e ajudar-me a chegar a conclusões nas alturas de menor lucidez.

A todos o meu muito obrigado, em especial ao Professor Doutor Luís Sousa pela forma como orientou a realização deste estudo, e também àquele cujo contributo foi mais decisivo. A ti, Vítor, ficar-te-ei eternamente grata.

Resumo

A inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais, mais propriamente com Distúrbio Hiperativo e Défice de Atenção em turmas regulares é sempre um tema bastante delicado para os professores. São, contudo, amplamente conhecidas as vantagens da sua inclusão em turmas dessa natureza. Um modelo educacional que contemple esta mesma inclusão será, na nossa ótica, um modelo que tende a ter sucesso para os referidos alunos.

Neste sentido, saber a opinião dos professores referente ao processo de inclusão de alunos com DHDA foi o grande objetivo para a nossa investigação.

A amostra foi constituída por 50 professores dos diferentes níveis de ensino e pertencentes a três escolas do Agrupamento de Escolas de Caneças.

Utilizámos um questionário como instrumento para aferir os dados e concluímos, neste estudo que:

- a maior parte dos inquiridos estão familiarizados com o conceito de DHDA;

- existe uma certa unanimidade a favor da inclusão dos alunos com DHDA, por parte dos professores;

- a experiência profissional interfere diretamente na forma de os professores lidarem com a inclusão de alunos com DHDA nas suas turmas.

Sabemos, que há ainda um longo caminho a percorrer para que o processo de inclusão dos alunos seja uma realidade. Uma escola que proporcione igualdade de oportunidades e que não discrimine quem é diferente, é uma escola inclusiva.

Palavras-chave: Escola, Inclusão, DHDA, Atitude, Diversidade.

Abstract

The inclusion of pupils with Special Education Needs, more exactly with Hyperactive Disorder and Attention Deficit (ahead, DHDA) in regular groups is always a delicate subject for teachers. There are, however, widely known advantages of their integration in groups of this nature. An educational model that contemplates this same integration will be, in our opinion, a model that can be successful for those pupils.

Therefore, to know the opinion of the teachers about the inclusion of pupils with DHDA, was the great objective of our inquiry.

The sample was constituted by 50 teachers of the different levels of education of 3 schools in Caneças. We used a questionnaire as an instrument to survey the data and we concluded that:

- Most of the inquired is familiar to the DHDA concept.

- There is certain unanimity in favor of the inclusion of the pupils with DHDA on the part of the teachers.

- The professional experience is very important when leading with pupils with DHDA.

We know that there is still a long way to go before the process of inclusion of the pupils takes place. A school that provides equality of chances and that it does not discriminate who is different is an inclusive school.

Key-Words: School; Inclusion; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Attitude, Diversity.

Abreviaturas

DHDA- Distúrbio Hiperativo com Défice de Atenção

Ed. - Edição

E.E- Educação Especial

et al - e outros

Ibidem - mesmo autor, mesma obra e mesma página

Idem – o mesmo

Pag.- página

Siglas

ONU - Organização das Nações Unidas

SPO – Serviço de Psicoogia e Orientação

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

Conceitos Fundamentais

Escola – Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2003), a palavra "escola" define-se como uma "Instituição pública ou privada onde se ministra o ensino";

DHDA - Segundo o DSM – IV da Associação Americana de Psiquiatria, o DHDA "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."

Inclusão - O conceito de Inclusão pressupõe uma mudança radical no atendimento a todas as crianças e também às crianças com NEE.

O conceito de Inclusão reafirma que todas as crianças têm direito à educação, não sendo necessário integrar ninguém, pois a Escola é para Todos.

> " (…) O movimento inclusivo tende a prescrever a classe regular de uma escola regular como o local ideal para as aprendizagens do aluno com NEE. Será aí, na companhia dos seus pares sem NEE, que ele encontrará o melhor ambiente de aprendizagem e de socialização, capaz de, se todas as variáveis se conjugarem, vir a maximizar o seu potencial (…)".*In* –Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – Um guia para educadores e professores, Luís de Miranda Correia, 2005

Atitude- Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2003), a palavra "atitude" representa um,

> "Comportamento ditado por disposição interior; maneira de agir em relação à pessoa, objeto, situação, etc; maneira, conduta- a. Arrogante, passiva-, posição assumida, orientação, modo ou norma de proceder. Estado de disponibilidade psicofísica marcada pela experiência que exerce influência orientadora e dinâmica sobre comportamento."

Diversidade- Segundo a wikipédia em, http:/pt.wikipedia.

> "O termo diversidade diz respeito à variedade e convivência de ideias, características ou elementos diferentes entre si, em determinado assunto, situação ou ambiente.
> A ideia de diversidade está ligada aos conceitos de pluralidade, multiplicidade, diferentes ângulos de visão ou de abordagem, heterogeneidade e variedade. E, muitas vezes, também, pode ser encontrada na comunhão de contrários, na intersecção de diferenças, ou ainda, na tolerância mútua."

Índice Geral

Epígrafe ii
Agradecimentos iii
Resumo iv
Abstract v
Abreviaturas vi
Siglas vii
Conceitos Fundamentais viii
Introdução 1
Capítulo I - Fundamentos Conceptuais e Teóricos 3
1. Educação Especial 4
1.1- Necessidades Educativas Especiais 4
1.2-Da Segregação à Integração 5
1.3- Da Integração à Inclusão 8
1.4- A Inclusão Versus Escola Para Todos 10
1.5- A Inclusão no Meio Familiar e Escolar 15
1.6- Conceções dos Professores sobre a Inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais 16
2. A Atitude 18
2.1- Formação de Professores 19
2.2- Colaboração entre a comunidade escolar 22
Capítulo II- Hiperatividade 25
3.Hiperatividade 26
3.1-Evolução Histórica do Conceito de DHDA 26
3.2- Definição de Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção 28
3.3- Prevalência 29
3.4- Dimensões Essenciais 30
3.4.1- Atenção 30
3.4.2- A Impulsividade / Desinibição Comportamental 31
3.4.3- Hiperatividade 32
3.5- Causas do DHDA 32
3.5.1- Lesões Cerebrais e Hiperatividade 34
3.5.2- Alterações do Desenvolvimento Cerebral no DHDA 34
3.5.3- Causas das Alterações do Desenvolvimento Cerebral 35
3.6- Características do DHDA 36
3.7-Avaliação 37
3.7.1-O Médico na Avaliação da Criança com DHDA 38
3.7.2-O Psicólogo na Avaliação da Criança com DHDA 39
3.7.3-O Papel da Escola na Avaliação 39
3.7.4-O Papel dos Pais na Avaliação 40
3.7.5- O Papel da Criança na sua Própria Avaliação 40
3.8- Desenvolvimento dos Processos de Avaliação e Metodologias de Intervenção em relação ao DHDA 41
3.9- Diagnóstico 41
4- Intervenção 45
4.1- Medicação 45
4.2- Terapia comportamental 46
4.3- Intervenção na escola 49
4.4- Como Incluir os Alunos DHDA e ter uma Intervenção de Sucesso 51

4.5- Desenvolvimento das Características do DHDA e Desadaptação da Criança com DHDA em Contexto Escolar 55
4.6- A Importância da Inclusão dos Alunos com DHDA 61
Capítulo III- Enquadramento Empírico 63
1- Pressupostos Metodológicos 64
2- Caraterização e Contextualização do Problema 71
3- Plano de Ação 75
Capítulo IV- Apresentação dos Resultados 78
1- Apresentação dos resultados 79
2- Análise e Discussão dos Resultados 93
Considerações Finais 96
Bibliografia 98
Apêndices 105

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Género dos Inquiridos 79
Gráfico 2- Idade 79
Gráfico 3- Habilitações Literárias 80
Gráfico 4- Situação Profissional 80
Gráfico 5- Nível de Ensino 81
Gráfico 6- Tempo de Serviço 81
Gráfico 7- Formação Especializada em Educação Especial 82
Gráfico 8- Formação Inicial 82
Gráfico 9- Formação Contínua 83
Gráfico 10- Conceito do DHDA 83
Gráfico 11- Premissas Relacionadas com o DHDA 84
Gráfico 12- Prevalência 84
Gráfico 13- Causas do DHDA 85
Gráfico 14- Apoio a crianças com DHDA 85
Gráfico 15- Inclusão 86
Gráfico 16- Tempo de serviço com o aluno 86
Gráfico 17- Alunos com retenção 87
Gráfico 18- Alunos do 3/2008 87
Gráfico 19- Medicação 88
Gráfico 20- Métodos diferenciados 88
Gráfico 21- Tipo de Métodos 89
Gráfico 22- Comportamento 89
Gráfico 23- Tarefas 90
Gráfico 24- Relação com os colegas 90
Gráfico 25- Funcionamento das aulas 91
Gráfico 26- Problemas associados 91
Gráfico 27- Preparação para atender alunos com DHDA 92

Introdução

Pela experiência profissional que possuo enquanto docente de educação especial, questionei-me variadíssimas vezes sobre as opiniões dos colegas e estratégias utilizadas no que concerne ao atendimento de crianças portadoras de Distúrbio Hiperativo com Défice de Atenção.

Desta forma, surge este trabalho que tem como objetivo principal responder e clarificar se a utilização de estratégias diferenciadas dentro da sala de aula e a formação dos professores favorecem ou não a aprendizagem das crianças que apresentam DHDA.

A massificação da escola constituiu-se, de facto, como uma realidade na sociedade Portuguesa.

Contudo, essa massificação conduziu também a que a escola dos nossos dias se confrontasse com uma grande heterogeneidade social e cultural. Esta realidade implica uma outra conceção de organização escolar que ultrapasse a via da uniformidade e que reconheça a diferença considerando assim a diversidade como um aspeto enriquecedor da própria comunidade.

A presença de diferentes alunos nas salas de aula é já, de algum tempo a esta parte, uma realidade com que os professores se deparam. O conhecimento da Hiperatividade e de todos os seus contornos tornam-se fatores de extrema importância na nossa formação, de forma a minimizar os condicionalismos que poderão causar ao processo educativo.

> “ Vivemos em um mundo onde queremos ser simultaneamente iguais e diferentes. Pensamos uma cidadania planetária que respeite as diferentes culturas como a muçulmana, hindu, indígena ou africana. Não queremos um falso universalismo que destrói as diferenças e que impõem a cultura branca, masculina e ocidental como um padrão universal.” (Santos, 2005).

Todo aquele que trabalha em educação sabe que a palavra de ordem é inclusão, termo, quase sempre associado, a crianças portadoras de necessidades educativas especiais.

Pretende-se com o termo afirmar que todos os alunos têm direito a uma educação igual e de qualidade; sejam vistos no seu todo; que tenham uma educação que respeite as suas necessidades e características que constituem direitos fundamentais e que lhes seja facilitada a sua transição para a vida ativa, de modo a poderem estar em sociedade de forma autónoma e independente (Correia, 1997).

Numa época em que o tema da inclusão ou escola para todos reúne tanto consenso por parte de professores e teóricos achamos pertinente estudar na prática a opinião dos professores relativamente às práticas utilizadas com crianças com DHDA.

Desta forma o nosso trabalho encontra-se organizado em quatro partes distintas.

A primeira e segunda partes são dedicadas aos fundamentos Teóricos. Desta forma, iremos ter em consideração o tema Inclusão e o tema Distúrbio Hiperativo com Défice de Atenção.

No terceiro capítulo iremos fazer o Enquadramento Empírico da nossa investigação e no quarto capítulo, apresentamos os resultados e fazemos a sua análise e discussão.

Para finalizar dedicamos a última parte às considerações finais que obtivemos deste estudo, incluindo ainda as fontes literárias acedidas para a realização do trabalho.

Capítulo I - Fundamentos Conceptuais e Teóricos

1. Educação Especial

1.1- Necessidades Educativas Especiais

Foi no Warnock Report que surgiu pela primeira vez o termo Necessidades Educativas Especiais. Este relatório faz ainda uma classificação das necessidades educativas especiais de: ligeiras, temporárias, severas e permanentes.

O termo Necessidades Educativas Especiais, é hoje utilizado em quase todos os países, na designação de crianças ou de adolescentes que apresentem problemas sensoriais, físicos, intelectuais, emocionais e também dificuldades de aprendizagem, sejam elas originadas por fatores orgânicos ou ambientais. Segundo Luís Miranda Correia, (1997)

> "O conceito de N.E.E. abrange, portanto, crianças e adolescentes com aprendizagens atípicas, isto é, que não acompanhem o currículo normal, sendo necessário proceder a adaptações curriculares, mais ou menos generalizadas, de acordo com o quadro em que se insere a problemática da criança ou do adolescente."

Assim estas crianças ou adolescentes têm o mesmo direito à Educação que os restantes alunos, num ambiente o mais apropriado possível, no sentido de poderem responder às suas necessidades específicas, ao seu ritmo e estilos de aprendizagem. Perante isto a escola deverá estar preparada para responder eficazmente aos alunos com N.E.E., atendendo sempre às suas características individuais.

Marchasi & Martin (1990), citados por Correia, referem-se aos alunos com N.E.E. como sendo aqueles que "apresentam um problema de aprendizagem, durante o seu percurso escolar, que exige uma atenção específica e uma gama de recursos educativos diferentes daqueles necessários para os seus companheiros da mesma idade."

Jiménez (1997) transcreve o conceito de necessidades educativas especiais, do Livro Branco para a Reforma do Sistema Educativo (Madrid 1989), onde se define N.E.E. do seguinte modo:

> "Partindo da premissa de que todos os alunos precisam, ao longo da sua escolaridade, de diversas ajudas pedagógicas de tipo humano, técnico ou material, com o objectivo de assegurar a consecução dos fins gerais da educação, as necessidades educativas especiais são previstas para aqueles alunos que, para além e de forma complementar, possam necessitar de outro tipo de ajudas menos usuais. Dizer que um determinado aluno apresenta necessidades educativas especiais é uma forma de dizer que, para conseguir atingir os fins da Educação ele precisa de usufruir de determinados serviços ou ajudas pedagógicas. Desta forma, uma necessidade educativa define-se

> tendo em conta aquilo que é essencial para a consecução dos objectivos da Educação."

O Sistema Educativo pretende criar igualdades de oportunidades, no sentido de promover o sucesso escolar de todos os alunos. Neste sentido, cada aluno deve ter acesso a um conjunto de serviços adequados às suas necessidades, facilitando as suas aprendizagens nas classes regulares. A criança é identificada com N.E.E. quando não é capaz de alcançar os resultados pretendidos para a sua faixa etária, bem como um desnível significativo entre a sua realização escolar e a sua capacidade intelectual nas diferentes áreas programáticas e de acordo com o Programa atualmente em vigor. O Decreto – Lei 3/2008 de 7 de Janeiro, define o regime jurídico da educação especial,

> "tem como premissa a qualidade de ensino orientada para o sucesso de todos os alunos. Um aspecto determinante dessa qualidade é o desenvolvimento de uma escola inclusiva, consagrando princípios, valores e instrumentos fundamentais para a igualdade de oportunidades. Neste sentido, o Decreto-Lei vem enquadrar as respostas educativas a desenvolver no âmbito da adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente e das quais resultam dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social." (Educação Especial- Manual de Apoio à Prática).

1.2-Da Segregação à Integração

A diferença é, normalmente, olhada pela sociedade em geral com desconfiança e com pena. De facto, quem é diferente sente frequentemente na pele olhares indiscretos, diferentes formas de tratamento e repara que algumas vezes suscita sentimentos menores nas pessoas. Efetivamente a forma como a sociedade se relaciona com o "deficiente" tem sofrido algumas alterações, dependendo do tempo, do espaço, de aspetos relacionados com a cultura e a norma vigente, com questões éticas e até com as forças económicas dominantes em cada época.

Ao longo da Idade Média, pessoas com diferentes formas de pensar e com diferentes características físicas foram, várias vezes, vítimas de perseguições, julgamentos e até execuções. Vigorava, nessa época, a ideia de que era necessário excluir os deficientes da sociedade.

Estas formas de pensar foram-se, naturalmente, refletindo na educação das crianças portadoras de deficiência, levando a inúmeras formas de a escola lidar com elas

consoante os tempos e consoante as sociedades. Assim, nos séculos XVII e XVIII desenvolve-se a colocação destas crianças em internatos e instituições de carácter segregador, como asilos e hospitais. A educação dessas crianças realizava-se de forma isolada.

Já nos princípios do século XX, com o evoluir de mentalidades e a ampliação dos conhecimentos em vários níveis, procede-se à criação de escolas especiais por tipos de deficiências, onde, contudo, as crianças continuam a ser rotuladas e segregadas.

Com o final da segunda guerra mundial e com a revolução Francesa começam a aparecer os conceitos de igualdade, liberdade e justiça, que associados com a proclamação dos Direitos da Criança em 1921 e dos direitos do Homem em 1948 faz com que famílias se comecem a revelar com a situação vigente e a empenhar-se na resolução dos seus problemas.

Já nos anos sessenta aparecem os primeiros movimentos de revolta e contestação em relação à forma como as pessoas portadoras de deficiência intelectual são segregadas.

Começam a aparecer diferentes opiniões sobre a filosofia da educação especial e sobre a reabilitação, concluindo-se que a segregação quer na educação quer na sociedade não são naturais nem desejáveis. É um período de grandes transformações para a Educação Especial devido, em muito, as alterações sociais e devido a uma revisão educativa com base em decisões legais históricas que assentam essencialmente no seguinte desígnio: "a escola está à disposição de todas as crianças em igualdade de condições e é obrigação da comunidade proporcionar-lhe um programa público e gratuito de educação adequado às suas necessidades" (Correia 1997, p. 14).

O Warnock Report, em 1978 no Reino Unido, fez com que se olhasse para a questão da integração de uma forma bastante diferente. De facto, a partir daquela altura começa-se a olhar mais para as potencialidades que a criança possui e não tanto para as suas deficiências. Esta nova forma de pensar esteve também na génese da mudança de conceitos e termos utilizados, já que é também a partir desta altura que cai a classificação de deficiência mental para dar lugar ao conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE).

O conceito de NEE é baseado em critérios pedagógicos e pressupõe que "para cada criança se proceda a uma cuidadosa identificação e avaliação das suas

necessidades educativas a fim de para ela se organizar o programa de Educação Especial que melhor se lhe adeqúe" (Felgueira 1994, p. 25).

Desta forma, as novas teorias da educação passam a privilegiar o desenvolvimento do indivíduo e a aceitar e valorizar o direito à diferença.

Outro marco igualmente importante nesta mudança de mentalidades e atitudes foi o aparecimento, em 1986, da Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro, que no seu artigo 3°, alínea d) prevê o "direito à diferença, mercê do respeito pelas personalidades e pelos projectos individuais da existência, bem como da consideração e valorização dos diferentes saberes e culturas".

A corroborar as teorias preconizadas pelas leis e ideias acima referidas aparece o Decreto-Lei nº 319/91 de 23 de Agosto que dita novas linhas orientadoras para crianças e jovens com NEE, tornando assim mais vasto o campo da Educação Especial. O decreto apresenta como principais aspetos inovadores os seguintes:

⇨Responsabilização da Escola Regular pela procura de respostas adequadas para os problemas dos alunos com deficiência ou com dificuldades de aprendizagem;

⇨Reconhecimento do papel dos pais na orientação educativa dos seus filhos;

⇨Respeito pelas diferenças intelectuais, pois o regime educativo especial permite a adaptação de ensino/aprendizagem às necessidades específicas de cada um;

⇨Abandono da classificação por categorias e a valorização das capacidades dos alunos sob o ponto de vista educativo;

⇨Valorização do trabalho em equipa.

Em suma, integração e segregação assumem-se definitivamente como conceitos antagónicos. Pretende-se então que a escola seja o mais integradora possível e o menos segregadora que consiga. A este respeito, Correia (1997,p.19), refere que a Educação Integrada, "relaciona-se com a noção de escola como espaço educativo, aberto, diversificado e individualizado, em que cada criança possa encontrar resposta à sua individualidade, à sua diferença".

1.3- Da Integração à Inclusão

Correia (1997, p.19), define "integração" como sendo, um conceito que pretende, sempre que possível a colocação da criança com NEE, junto da criança dita "normal".

Também Manzano (1989), defende que na segunda metade do século XX cresce o otimismo no que concerne à aceitação e integração da criança com NEE na escola e na própria sociedade defendendo a ideia de que se aplicarem programas de educação adequados, terapias ou tratamentos, todas as crianças terão progressos.

Neste sentido, uma resposta educativa adequada poderá levar a que o sistema educacional possa intervir para favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças com deficiência ou NEE.

Segundo Manzano (1989) as novas perspetivas que dão maior importância aos processos de aprendizagem e às dificuldades encontradas pelos alunos para o seu progresso são fatores propulsores de mudança na forma de entender as Necessidades Educativas Especiais sob a perspetiva educacional e não clínica, pois a intervenção educativa pode minimizar as necessidades dos alunos.

Em termos concretos, entende-se por integração todo o conjunto de medidas que contribuem para a integração de alunos com NEE na escola regular em conjunto com outros indivíduos que não são portadores de NEE. A escola enquanto organização pública deve ir ao encontro desta integração e separar esses alunos o menos possível do seu contexto natural.

O conceito de "ensino integrado" baseia-se nos seguintes pressupostos:

- Os alunos dividem-se em duas categorias, os que necessitam de educação especial e os ditos "normais", que não precisam de apoio especializado.

- A intervenção especializada dada aos alunos NEE, deverá ser feita individualmente ou em pequenos grupos, recorrendo a um espaço próprio.

- Os alunos com NEE serão agrupados por categorias para que este apoio seja produtivo.

- Espera-se que a escola não tenha que alterar estratégias ou metodologias, para satisfazer as necessidades da maioria dos alunos.

Todas estas ações, que inicialmente eram ações isoladas, dão origem à publicação das linhas orientadoras das políticas educativas. Graças a elas começam a aparecer em vários países leis defensoras dos direitos das crianças e adultos com

deficiências. A colocação das crianças com NEE num ambiente que seja o mais normal possível é o principal objetivo destas leis, que por seu turno delegam novas responsabilidades na escola relativamente à sua organização e implementação destas novas regras.

Com estas novas responsabilidades inicia-se também um período de reformulação da Educação Especial, levando a que ela não seja um tipo de educação diferente, paralela à Educação Normal, mas sim uma educação integrada no sistema Educativo Geral.

Torna-se evidente que estas alterações estruturais serviram para o melhoramento das condições de aprendizagem nas últimas décadas no ensino em Portugal.

O Relatório Warnock (1978), tornou-se numa referência de peso por ter descentralizado o enfoque médico das deficiências da criança e tê-lo centrado nas aprendizagens escolares, introduzindo assim o conceito de NEE.

Portugal não se constituiu como um caso excecional ao resto dos países. Dessa forma também por cá surgem teorias e ideias que obrigam a reformas no sistema educativo. A Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro define os grandes objectivos para a educação em Portugal, integrando a conceção de educação de crianças com NEE no Ensino Regular.

Entre outros objetivos defende ser necessário "assegurar às crianças com N. E. E., devidas designadamente a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades" (art° 7) e cabe à Educação Especial a sua "recuperação e integração sócio-educativas".

A referida Lei, prevê no seu artigo 18º, a integração de alunos com NEE em estabelecimentos regulares de ensino com o direito ao apoio de educadores especializados. Decorrente destes princípios resulta a integração progressiva de alunos deficientes nas classes regulares.

O Decreto-Lei n.º 35/90 de 25 de Janeiro vem igualmente contribuir para uma evolução na forma como a escola lida com os alunos NEE. Como traços gerais deste Diploma destacam-se o "Direito à Diferença" como princípio organizativo do sistema educativo numa filosofia de Escola para Todos. A escolaridade obrigatória passa a consagrar os direitos fundamentais que regem a integração: o direito das crianças com deficiência à educação, ao acesso à escola regular e a uma vida integrada na sociedade.

Sente-se então a necessidade de dotar o país de um diploma que sirva de suporte e orientação para a Educação Especial, necessidade essa que é colmatada com o aparecimento do Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto. Graças a ele, o aluno passa a ser visto consoante as suas necessidades pedagógicas e não pela sua deficiência. Passa também a responsabilizar a escola na procura de respostas que vão ao encontro das necessidades dos alunos com NEE e permite aos pais participar mais ativamente na programação e avaliação dos seus filhos.

Para Sanches, (1995, p.20), "cada professor deverá ser o responsável por encontrar e seleccionar o melhor método, estratégia ou material que melhor se adequa às características dos seus alunos".

Também Costa (1997) refere que a integração é o processo pelo qual as crianças são individualmente consideradas e apoiadas de modo a poderem participar no programa vigente e por vezes inalterado. Desta forma, a responsabilidade pela integração deixa de ser responsabilidade do aluno para passar a pertencer à escola.

Assim, caminha-se para o novo paradigma da educação, o conceito de Inclusão que será abordado a seguir.

1.4- A Inclusão Versus Escola Para Todos

Como anteriormente tem sido descrito o conceito de inclusão prevê uma forma diferente de tratar com as crianças com NEE. Segundo Carvalho (2007),

> …incluir é lidar/ conviver com a diversidade, valorizarmo-nos nas nossas diferenças, engrandecendo-nos; é apoiar/ ajudar o outro, no seu esforço de construir vínculos, aos colegas, aos professores, à escola, às "matérias", à comunidade, ao mundo; é proporcionar um ambiente acolhedor, onde alunos e demais actores se sintam bem e reciprocamente apoiados/ ajudados, é gerar e disseminar valores (dignidade, cidadania, reconhecimento, responsabilidade, lealdade…) (p. 32).

De acordo com Canet (cit. por Martín & Renauld, 2009):

> A inclusão é então uma forma distinta de entender a educação, implica pensar numa nova filosofia, com novas formas de analisar o quotidiano escolar, de trabalhar e de conviver, quer dizer, requer um conjunto de acções escolares, sociais e da comunidade que eliminem as barreiras que impedem a participação dos estudantes na aprendizagem, aceitando e valorizando as diferenças individuais (p.23).

A escola dos nossos dias confronta-se com uma grande heterogeneidade social e cultural. Esta realidade implica uma outra concepção de organização escolar que ultrapasse a via da uniformidade e que reconheça a diferença considerando assim a diversidade como um aspecto enriquecedor da própria comunidade.

A escola de hoje, como refere Sim- Sim (2005):

> " tornou-se o espaço de aprendizagem para todas as crianças, as que querem lá estar, (…) as que não encontram na escola os reptos à aprendizagem (e provocam por vezes verdadeiros tsunamis na sala de aula), e ainda as que, devido a características específicas, obrigam a escola a ser criativa, imaginativa, incansável na busca de atitudes e meios educativos para que elas aprendam". (p.5).

É no contexto de sala de aula, que o tempo e o espaço devem ser geridos e adaptados às necessidades específicas de cada aluno.

Assim, cabe aos professores procurar e criar formas de organização que permitam lidar com a diferença.

> "Uma escola para todos significa, antes de mais, um espaço físico e temporal em que cada um encontra os meios necessários e, muitas vezes, específicos de que precisa para aprender e assim desenvolver todo o seu potencial cognitivo, social e afectivo, independentemente das respectivas condições de partida". (Sim-Sim, 2005, p.7).

Impõe-se às escolas e aos professores adoptarem práticas diversificadas baseadas em contextos reais, para que desta forma possam desenvolver um ensino de qualidade centrado em situações reais e específicas.

Como nos diz Veríssimo (2000), para garantir as oportunidades de sucesso escolar para todos é importante, entre outros aspetos, promover o trabalho em equipa e diferenciar o ensino.

A concepção da escola inclusiva como um processo implica, para Rodrigues (2001, cit. por Sanches & Teodoro, 2006), adoptar uma metodologia de diferenciação pedagógica e de currículo em construção. Mais do que se encontrarem fisicamente na escola, todos os alunos devem aprender pela participação, reforçando o sentimento de pertença à escola e que a escola se sente responsável pelos alunos (Rodrigues, 2003, cit. por Sanches & Teodoro, 2006).

A forma como a Educação Especial se tornou mais ampla vem, em certa medida, romper com algumas formas de intervenção que estavam já enraizadas numa tradição mais fechada. Com este conceito de inclusão reafirma-se o direito de todas as

crianças terem acesso à educação, não havendo propriamente necessidade de integrar ninguém, já que a Escola é para Todos.

Deste modo, todas as transformações efetuadas na Educação Especial estão intimamente ligas às transformações sofridas pela Escola Regular. O Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto anteriormente referenciado, vem atribuir uma enorme responsabilidade à escola na Educação de Todos. Ele pretende que a escola encontre forma de dar resposta à heterogeneidade que grassa na escola, principalmente àqueles que sentem dificuldades em entrar na escola regular.

Ao Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto, sucedeu-se o Decreto – Lei 3/2008 de 7 de Janeiro, já acima tratado, que vigora atualmente.

Contudo, e apesar destes avanços significativos, muito há ainda a fazer no sentido de fazer com que a Escola seja efetivamente para Todos.

Face a esta problemática continua a sentir-se a necessidade de encontrar forma de integrar todos numa escola verdadeiramente inclusiva. Assim, têm-se realizado conferências a nível mundial com o intuito de encontrar soluções para esta temática. De entre estas conferências destacamos a de Salamanca, na qual reuniram os estados membros da UNESCO, de onde resultou o conceito de Escolas Inclusivas, assente em vários pressupostos:

-Todas as crianças independentemente de serem NEE, podem ter dificuldades na escola;

-Temos que ter em consideração quais os fatores que estarão na origem das dificuldades de aprendizagem de algumas crianças;

-Encontrar soluções para melhorar o funcionamento da escola e o desenvolvimento das estratégias educativas, caso os fatores que estão na origem das dificuldades de aprendizagem estejam relacionados com o processo de ensino;

-É da competência dos professores egulares, bem como da própria escola, assumir um papel fundamental na melhoria das condições de ensino;

-O apoio especializado deverá envolver toda a comunidade educativa.

O princípio fundamental das escolas inclusivas advindo da Declaração de Salamanca em 1994 citado por Niza (1996, p. 147) “consiste em que todos os alunos devem aprender juntos independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem”.

Ainscow (1995, cit.por Sanches & Teodoro, 2006) defende esse princípio, reconhecendo que a escola inclusiva é uma escola para todos, onde todas as crianças e jovens têm necessidades educativas às quais a escola deve responder, o que exige mudanças na sua organização e práticas.

Segundo Ainscow & Booth (2002), a inclusão em educação implica:

> • Valorizar, igualmente, todos os alunos e todo o pessoal.
> • Aumentar a participação e reduzir a exclusão dos alunos das culturas, currículos e comunidades das escolas locais.
> • Reestruturar as políticas, culturas e práticas nas escolas, de forma que estas respondam à diversidade dos alunos da localidade.
> • Reduzir as barreiras à aprendizagem e à participação de todos os alunos, não somente aos que têm deficiências ou que são categorizados como tendo "necessidades educativas especiais".
> • Utilizar as estratégias adoptadas para ultrapassar as barreiras ao acesso e à participação com que alguns alunos se deparam, de modo a que estas venham a beneficiar duma forma mais geral, todos os alunos.
> • Olhar para as diferenças entre os alunos como recursos de apoio à aprendizagem, em vez de as considerar como problemas a resolver.
> • Reconhecer o direito dos alunos a serem educados na sua localidade de residência.
> • Desenvolver as escolas considerando os seus profissionais, bem como os alunos.
> • Sublinhar o papel das escolas na construção das comunidades e no desenvolvimento dos valores, bem como no aumento do sucesso da aprendizagem.
> • Incentivar as relações mútuas, entre escolas e comunidades.
> • Reconhecer que a inclusão na educação é um dos aspectos da inclusão na sociedade. (p.8)

O conceito de Escolas Inclusivas realça a necessidade de mais do que integrar as crianças que já estavam excluídas do ensino regular, é preciso incluí-las nele desde o início, independentemente das suas características físicas, mentais, sociais, linguísticas ou outras, procurando conduzi-las ao sucesso através da diferenciação de estratégias.

Para Porter (1995) a escola inclusiva requer uma filosofia organizacional que visa o desenvolvimento de estratégias e programas e a utilização dos recursos disponíveis. Ele não encara a questão em termos de alunos deficientes e na forma como essas deficiências podem ser colmatadas, mas antes na forma como se devem desenvolver as nossas práticas enquanto profissionais da educação por forma a contribuir para o sucesso escolar dessas crianças.

Segundo Armstrong (2001, cit. por Sanches & Teodoro, 2006) a escola deve ser acessível a todos, sem impor condições e que todos os alunos têm o direito de participar e ser aceites na vida escolar e da comunidade. Os adultos devem ensinar e apoiar todos os alunos na sala de aula, independentemente das suas diferenças,

procurando agir sobre o contexto (organização da classe, relações que os docentes desenvolvem, as suas atitudes...), adaptando-o aos alunos e não o aluno ao contexto. A diferença deve ser naturalmente aceite e a diversidade celebrada.

Também para Rodrigues (1995, p. 546*)*, "a Escola Inclusiva é multicultural, é diversificada, oferece várias respostas, e, é um espaço onde ser-se diferente é enriquecedor e proveitoso, já que com a nossa diferença estamos também a enriquecer os outros e portanto a sociedade".

"A Escola Inclusiva terá necessariamente de ser uma escola com um maior grau de eficácia educativa, tentando melhorar a forma de ensino por forma a educar com sucesso todas as crianças, independentemente da raça, etnia, deficiências, proveniência social, etc.", tal como refere a Declaração de Salamanca (1994).

A escola vê-se assim obrigada a responder a novas exigências para as quais não estava preparada. Ela precisa de alterar os modelos pedagógicos anteriores e implementar outros novos que vão ao encontro das novas carências e que consigam dar resposta aos alunos que não conseguem acompanhar e progredir no currículo.

Ainda de acordo com Declaração de Salamanca (1994), "estas novas Escolas Inclusivas não se devem confinar apenas ao facto de proporcionarem um ensino de qualidade, como devem também modificar a forma de pensar da sociedade no tocante a atitudes discriminatórias preparando-a para se tornarem mais acolhedoras e inclusivas".

A referida Declaração emana também diretrizes de ação nacional, recomendando especial atenção à formação de professores especializados de forma a que estes consigam dar resposta às necessidades de Todos os alunos. A formação de todos os intervenientes no processo educativo é também salientada por ela referindo a necessidade de formação em exercício para todos os professores.

Costa (1997), considera igualmente que o conceito de inclusão obriga a que os professores desenvolvam uma nova maneira de ensinar, uma nova maneira de "diferenciar", promovendo o sucesso educativo. No fundo veicula a ideia de que todos os alunos deverão ter um currículo comum, mas de forma personalizada de acordo com as características de cada um.

Em suma, para podermos dizer que uma escola é inclusiva teremos que ter sempre presente o pensamento que nos deixa Ainscow & Booth (2002, p.7).

"Uma escola inclusiva é aquela que está em movimento (...) num processo contínuo de desenvolvimento da aprendizagem. Uma escola inclusiva é um ideal a que todas as escolas podem aspirar mas que nunca será plenamente atingido"

1.5- A Inclusão no Meio Familiar e Escolar

A inclusão começa primeiramente na família. A família é indubitavelmente a primeira instituição que prepara e integra o jovem na sociedade. Contudo, nem sempre é fácil lidar com a diferença dentro da própria família. Muitos são os pais que vivem crises profundas, culpabilizando-se, interrogando-se, protegendo em demasia, enfim tentando encontrar várias soluções que nem sempre são as melhores, mas que são sempre compreensíveis.

No caso das crianças com DHDA, muitos destes pais são vistos pela sociedade como pais irresponsáveis, desinteressados e desatentos, que não conseguem dar educação e impor regras aos seus filhos.

Estas crianças, cujos comportamentos de impulsividade, desatenção e hiperatividade são exibidos em contextos menos favoráveis, são vistas muitas vezes como mal-educadas e com uma grande falta de regras e quando esses comportamentos acontecem em público os pais dessas crianças ficam envergonhados e tristes com tais exibições, embora saibam que os filhos não conseguem controlar esses impulsos sentem-se impotentes e resguardam-se dentro de si mesmo.

De facto a família não pode nem deve fechar-se em si, tentando resolver o problema sozinha, isso poderá criar ainda mais entraves à inclusão da criança na sociedade, fazendo-a sentir diferente desde muito cedo. A atitude deve ir mais no sentido de fazer com que a criança se sinta um membro da sociedade ajudando a integrá-la nos diferentes contextos sociais: a escola, a família, em atividades lúdicas, etc., tentar que os comportamentos destas crianças sejam atenuados e compreendidos por quem os rodeia.

Ultrapassada esta primeira etapa estará então a família preparada para estabelecer uma relação de interação, colaboração e parceria com a escola. Estas duas dimensões, escola e família, são as responsáveis por criar um ambiente acolhedor e tolerante.

É à família que cabe fazer a ligação com o mundo exterior, sendo a escola o primeiro sistema com quem vai estabelecer ligações. É neste dois contextos que a criança vai começar a constituir-se como cidadão, a desenvolver a sua autonomia e a marcar a sua presença na sociedade. Como facilmente se percebe é de crucial importância para a criança que a ligação destes dois sistemas seja estreita e afetivamente forte.

Os pais devem antes de tudo, confiar nos professores e contar ao pormenor todo o tipo de comportamento que pode esperar do aluno, de forma a não confundir Distúrbio Hiperativo e Défice de Atenção com falta de regras.

O professor vai naturalmente necessitar que os pais forneçam informações precisas acerca do modo de funcionamento do filho para que a escola lhe possa proporcionar um ambiente favorável e baseado na compreensão.

As crianças precisam ter um ambiente favorável e uma educação adequada às suas características tal como afirma Abreu (1990, p. 162), "a educação é uma necessidade vital para todas as crianças, especialmente para as crianças "especiais"; com o devido tratamento, compreensão, treino e disposições".

A escola deverá então, tendo em conta o diagnóstico pedagógico da criança, traçar uma programação adequada às necessidades específicas do aluno e uma ação pedagógica que lhe permita desenvolver-se integralmente enquanto ser social.

É de todo conveniente que se crie uma envolvência, uma relação profunda entre todos os intervenientes do processo, o aluno, o professor e os colegas, pois geralmente os alunos com DHDA costumam ter problemas de relacionamento com os seus pares.

Como comprova Simon (1991), o essencial da escola integrada passa pelas relações interpessoais entre as crianças com necessidades educativas específicas, as outras crianças, e todos os intervenientes na comunidade educativa.

1.6- Conceções dos Professores sobre a Inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais

Os primeiros estudos, relativamente à implementação da inclusão educativa, relatam que os professores mostram-se apreensivos quanto à sua preparação para trabalhar com alunos com necessidades educativas especiais, bem como em relação à

qualidade das aprendizagens académicas que estes possam adquirir e com o tempo que seria necessário despender para um atendimento individualizado (Semmel et al., 1991).

Por outro lado, alguns grupos profissionais continuam a expressar a sua preocupação, em relação ao entendimento que as escolas possam ter do conceito de inclusão, confundindo este com o conceito de integração (Council for Learning Disabilities 1993; Learning Disabilities Association, 1993). Estas organizações não se opõem à implementação de escolas inclusivas, mas acreditam que deve ser mantido um contínuo de serviços e advertem que os dois conceitos (inclusão e integração) não devem ser entendidos como sinónimos (Bender, Vail, & Scott, 1995).

Nos dias que correm, os professores têm vindo a demonstrar uma opinião mais favorável face à inclusão dos alunos com NEE e de uma maneira geral, a maior parte deles aceita o conceito de inclusão e admitem que as crianças com NEE têm direito a uma educação em escolas de ensino regular.

À parte desta questão muitos professores questionam os benefícios que os alunos possam ter com a colocação a tempo inteiro dentro das salas de aula, pois estes não consideram as salas de aulas tradicionais como as mais apropriadas para responder às necessidades dessas crianças (Minke et al., 1996).

Outras opiniões sugerem que as escolas dos nossos tempos, não possuem recursos suficientes, quer materiais quer humanos, para um atendimento apropriado a estas crianças (Minke et al., 1996).

Outros estudos relatam ainda que apesar de alguns professores aceitarem a presença de alunos com NEE nas suas aulas, não aplicam as adaptações curriculares necessárias (Mcintosh et al., 1993).

Face ao exposto, e numa perspectiva pedagógica, denominamos o princípio da individualidade. Então o atendimento educacional que se propõe a estas crianças terá de ser ajustado às suas características e particularidades. Isto significa que os professores têm que adotar estratégias funcionais e naturais de modo a permitir que a situação escolar não constitua um motivo de fracasso e insucesso ou, até mesmo, de diferenciação em relação ao restante grupo.

Os estudos sugerem assim que os professores consideram as adaptações curriculares mais desejáveis do que possíveis, criando obstáculos à sua aplicação, mesmo tendo em conta que elas são necessárias para a aprendizagem com sucesso das crianças com NEE (Bender et al., 1995).

2. A Atitude

Pode definir-se atitude como sendo uma "tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica". (Eagly e Chaiken, 1993). Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2003), a palavra "atitude" representa um

> "comportamento ditado por disposição interior; maneira de agir em relação à pessoa, objeto, situação, etc; maneira, conduta- a. Arrogante, passiva-, posição assumida, orientação, modo ou norma de proceder. Estado de disponibilidade psicofísica marcada pela experiência que exerce influência orientadora e dinâmica sobre comportamento."

Vários investigadores se debruçaram sobre este tema e várias são as teorias. As atitudes não são passíveis de se observar diretamente, pois são uma variável oculta que explica a situação em que se encontram os sujeitos e a manifestação dos seus comportamentos perante uma determinada situação/vivência.

Podem avaliar-se as atitudes de um indivíduo a partir da observação dos seus comportamentos, por exemplo se um aluno faltar sistematicamente à aula de matemática (comportamento) podemos deduzir que este aluno não gosta de matemática ou até mesmo do professor da referida disciplina.

Depois de alguma leitura, podemos perceber que as atitudes são uma tendência psicológica e expressam-se através de um julgamento avaliativo e são consideradas pela maioria dos escritores como sendo aprendidas, logo alteráveis.

A atitude expressa-se sempre através de respostas avaliativas inseridas numa componente tripartida, ou seja, estas são compostas por crenças, sentimentos/afetos e tendências de ação que se relacionam entre si.

Como já referido acima, vários são os teóricos que definem o conceito "Atitude", desta forma existem inúmeras definições teóricas sobre o processo de Formação de Atitudes.

Lima, (2004) foi um dos teóricos que reconheceu duas linhas teóricas que exercem enorme influência no processo de Formação de Atitudes. Uma centrada nos processos cognitivos e outra centrada nos processos afetivos.

A perspetiva cognitivista estabelece-se na crença que os sujeitos têm sobre os objetos em estudo.

A perspetiva afetiva, não assenta em qualquer fundamentação racional, mas sim em experiências emocionais que o sujeito experienciou. Assim o autor defendeu o "efeito da mera exposição".

2.1- Formação de Professores

> "O centro de toda a atividade educativa é, sem qualquer dúvida, o aluno, no entanto, ela só acontece e tem sentido com o trabalho estruturado do professor, tornando-se, assim, um dos responsáveis pelo sucesso educativo. De facto, o professor tem de dominar as fontes de conhecimento, que dão corpo à sua profissão, e que poderão ser fruto de uma aprendizagem formal e informal" (Pacheco, 1995).

No que diz respeito à formação inicial de professores, a Lei de Bases do Sistema Educativo (2005; *art.º 31.º*) diz-nos o seguinte:

> "Os professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico adquirem qualificação profissional em cursos específicos destinados à respectiva formação, de acordo com as disciplinas do respectivo nível de educação e ensino, em Escolas Superiores de Educação ou em Universidades que disponham de unidades de formação próprias para o efeito, nos termos a seguir definidos: a formação dos educadores e professores do 1.º e 2.º Ciclo do Ensino Básico realiza-se em Escolas Superiores de Educação; a formação dos educadores e dos professores referidos anteriormente pode ainda ser realizada em Universidades, as quais, para o efeito, atribuem os mesmos diplomas que os das Escolas Superiores de Educação".

Campos (2002) define como objetivo da formação inicial "proporcionar aos professores a informação, os métodos e as técnicas científicas e pedagógicas de base, bem como a formação pessoal e social adequada ao exercício da função docente" e salienta que o sistema de formação se deve enquadrar na perspectiva de aprendizagem ao longo da vida e integrar-se no processo mais vasto do seu desenvolvimento profissional, o qual inclui também a formação contínua e a formação especializada.

Ora, é esta formação especializada que nos deixa apreensivos no que respeita à sua capacidade de preparação dos futuros docentes para lidarem com alunos com Necessidades Educativas Especiais.

Um estudo realizado por Monteiro (2000), no nosso país, que tinha como objetivo obter um melhor conhecimento das perceções dos professores face à formação necessária para tornar a inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais uma realidade, revelou-nos que os professores estavam pouco preparados para atender à diversidade dos alunos na sala de aula.

Nos tempos que correm verificamos que a sociedade atual é bastante diferente da sociedade de há vinte anos atrás. Facilmente se encontram diferenças visíveis mesmo aos olhos mais distraídos. Vivemos num mundo muito mais competitivo, mais exigente, onde a mudança é uma constante e essencialmente num mundo no qual as sociedades de cada país são mais heterogéneas.

A escola, enquanto instituição formadora e educacional deve naturalmente acompanhar estas mudanças e estar preparada para dar resposta às novas exigências desta sociedade atual. Naturalmente que a escola é uma organização constituída por professores, sendo, portanto, a eles que cabe levar a cabo a tarefa acima atribuída à escola.

Neste sentido, é premente que a formação de professores seja adequada às novas exigências, capaz de provocar mudanças, que permita uma intervenção no exercício educativo e que defenda a igualdade de oportunidades.

Segundo Correia (1996), a formação de professores não se constrói apenas com acumulação de cursos, conhecimentos ou técnicas, ela constrói-se essencialmente através de um profundo trabalho de reflexão crítica sobre as práticas e de uma reconstrução permanente de uma identidade pessoal.

> "O processo de formação está dependente de percursos educativos, mas não se deixa controlar pela pedagogia. O processo de formação alimenta-se de modelos educativos mas "asfixia" quando se torna demasiado "educado". A formação vai e vem, avança e recua, construindo-se num processo de relação ao saber e ao conhecimento que se encontra no cerne de identidade pessoal". Domicé (1986,cit.por Correia, 1996, p.14)

São vários os teóricos que defendem que a formação inicial dos professores não os deixa devidamente preparados para enfrentar a realidade escolar dos nossos dias. De facto, muito há ainda a fazer neste sentido para fazer com que os professores consigam lidar com as diferenças de aprendizagem dos alunos, com comportamentos disruptivos, enfim, com a enorme heterogeneidade que hoje em dia caracteriza as nossas salas de aula.

A este respeito, Cró (1998) refere que os futuros professores não saem devidamente preparados para se confrontarem com a realidade, especialmente para os problemas que as suas práticas lhe irão pôr no dia-a-dia.

Deste modo, é crucial que a sua formação se vá processando de forma contínua durante a sua vida profissional.

"Deste modo, a formação contínua deve preconizar e permitir uma mudança das práticas dos professores e educadores, isto é, uma mudança de prática na educação e na intervenção educativa" (Cró 1998, p. 75).

Outro dos problemas é a falta de conhecimento, por parte dos novos professores, de técnicas e teorias relativas à educação especial, daí que haja igualmente muitos autores a defenderem a integração de uma vertente desta índole na formação inicial dos professores: "Cabe ao sistema de educação dar perspectiva de carreira e de estabilidade aos professores, para que o trabalho em educação especial deixe de uma vez por todas de ser considerado um recurso ou uma experiência passageira*"* (Rodrigues 1994, p. 26).

A tal noção tão em voga de **escola para todos**, e, portanto, inclusiva, está intimamente ligada à necessidade de mudança acima referida.

Por outro lado é igualmente importante reiterar a importância de criar nos professores hábitos de partilha, cooperação e trabalho em equipa, que permitam o seu desenvolvimento equilibrado e sustentado.

Também a diversificação de práticas de forma a tornar o ensino mais atractivo e dinâmico é essencial para modernizar a escola e torná-la num lugar mais actual e mais agradável para os jovens.

> "Pensar numa educação inovadora, de qualidade, requer obrigatoriamente colocar deveres e questões sobre o trabalho pedagógico e a formação dos professores. Nesse sentido existe um consenso generalizado de que a educação e a formação de qualidade dos alunos é praticamente irrealizável à margem de uma formação também de qualidade relevante e efectiva dos professores" (Amiguinho et al. 1994, p. 97).

Em suma, é necessária e urgente uma reflexão sobre o papel do educador enquanto agente educativo, bem como sobre o exercício da sua actividade profissional enquanto acto complexo que pressupõe mudança de atitudes e envolvimento de pesquisa e inovação.

Professores reflexivos, com uma atitude crítica sobre a utilização dos seus saberes, possuidores de capacidades dinâmicas, serão sem dúvida, participantes activos na política educativa.

2.2- Colaboração entre a comunidade escolar

A colaboração é definida por Paolucci-Whitcomb & Nevin (1986, cit. por Correia, 2008, p.26) como um "processo interactivo, através do qual intervenientes, com diferentes experiências, encontram soluções criativas para problemas mútuos".

A filosofia de inclusão estimula à cooperação entre todos os intervenientes, bem como, a criação de ambientes propícios que respondam às necessidades individuais e peculiares dos alunos com necessidades educativas especiais.

O sistema educativo português tem vindo a revelar um enorme interesse em reorganizar as escolas públicas e em fazer destas autênticas comunidades educativas, onde todos possam aprender juntos.

Para que este feito se torne numa realidade é imprescindível que todos os intervenientes se unam em prol desta causa.

O esforço de planificação e articulação com todos os envolvidos neste abrangente processo, e a implementação em sala, de um ambiente de vivências diversificado, de oportunidades e aprendizagens significativas para todos os alunos, indo inevitavelmente sempre ao encontro das suas necessidades, diferenças, interesses e níveis de desenvolvimento será o grande pilar deste caminho de transformação.

Correia apresenta um conjunto de características que clarificam os pressupostos da colaboração nas escolas. A colaboração deve ser voluntária, baseada na igualdade relacional e na confiança e respeito mútuos, e requer a partilha de recursos, objectivos e responsabilidades (Cook & Friend, 1993, cit. por Correia, 2008).

Rodriguez (cit. por Martín & Renauld, 2009) defende a importância de todos os membros da comunidade estarem conscientes da relevância do seu contributo para conseguir escolas mais inclusivas, encarando a escola como uma organização aberta, activa, criativa:

> Nos processos de transformação de escolas em escolas mais inclusivas desempenham um papel imprescindível o facto de que todos os membros da comunidade se assumam como «necessários» para conseguir que a escola melhore, que vejam a necessidade de trabalhar de forma cooperativa, de criar novas estratégias de ensino- aprendizagem, modificar a organização interna da escola, fomentar a colaboração família- escola, ..., tudo isso com a finalidade de que a escola seja concebida como uma organização aberta, activa, criativa, fonte de cultura e válida para todos (p.81).

Para tornar as escolas em escolas inclusivas é indispensável que exista uma certeza que todos os alunos podem aceder e ter sucesso educativo, mas também que se criem condições e recursos adequados a cada contexto (Sanches & Teodoro, 2006).

Quando se mencionam os recursos, não se alude apenas ao factor financeiro. Os recursos para tornar uma escola inclusiva podem ser encontrados em qualquer aspecto da escola, como nos pais, nas comunidades de professores, na mudança das culturas, políticas e práticas da escola. A capacidade de apoio mútuo dos alunos e a colaboração entre docentes são recursos frequentemente subestimados e portanto pouco utilizados. Existe na escola uma grande riqueza de conhecimento sobre factores que contribuem para as dificuldades de aprendizagem e participação dos alunos que simplesmente não é discutido ou valorizado (Booth & Ainscow, 2002).

Ainscow (1993) identifica um conjunto de características gerais comuns às escolas que funcionam bem, na sua experiência em diversos países, entre as quais alude à disposição de apoiar individualmente os membros da equipa docente. Refere que um ambiente de cooperação e apoio entre os docentes estimula os professores e leva-os a implementar um clima semelhante na sua sala de aula. O autor destaca a importância da colaboração entre docentes por afirmar que, "quando uma escola deseja melhorar o seu trabalho com as crianças, deve começar por melhorar os meios de apoio a cada um dos professores que lá trabalham" (p.91).

De acordo com o mesmo autor, o conhecimento e as competências que já existem na escola podem ser utilizados através do trabalho em conjunto, para reflectir e inovar, criando novas possibilidades de ultrapassar as barreiras à participação e à aprendizagem.

Entre os princípios gerais para a construção de escolas inclusivas estão o sentido de comunidade, a liderança e a colaboração e cooperação. Numa escola inclusiva deve existir uma verdadeira comunidade de aprendizagem, onde os professores aprendem uns com os outros, com os pais, os alunos aprendem com os professores e com os seus pares, os pais se envolvem mais e a direcção partilha as suas ideias (Correia, 2008). Uma comunidade onde todos "se sintam ligados, aceites e em que cada um apoie os seus companheiros e demais membros da comunidade escolar, ao mesmo tempo que satisfazem as suas necessidades educativas" (Stainback & Stainback, 1999, cit. por Serrano, 2007, p. 59).

Segundo Correia (2008), uma direcção de um agrupamento de escolas preocupada com o sucesso escolar de todos os seus alunos pode considerar, entre outros aspectos importantes para a implementação de uma filosofia inclusiva na escola, a criação de equipas. Uma das equipas denomina-se equipa de planificação inclusiva e tem como funções planear, dinamizar e avaliar o projecto de escola conducente à inclusão. Outra das equipas, denominada equipa de colaboração, formadas por dois ou mais professores tem a função de tomar decisões relativas à resposta a dar às necessidades educativas de cada aluno. Nesta equipa, a tónica recai sobre o modo de funcionamento dos professores em conjunto. É importante que os elementos envolvidos nas equipas de colaboração sintam que o seu contributo é válido e que se destina a atingir um objectivo (Correia, 1997, cit. por Correia, 2008).

As barreiras à aprendizagem não devem continuar a ser vistas como algo exterior à escola, mas algo interno e é no seio da escola que se devem procurar as soluções. A constituição de parcerias entre professores ajudam a identificar e a superar barreiras. A colaboração entre professores também pode ocorrer informalmente, por exemplo nas chamadas comunidades de prática, quando dois ou mais colegas se juntam de forma informal e discutem as suas práticas, trocando saberes e procurando resolver problemas. Um clima colaborativo serve como suporte e incentivo aos professores para mudar as suas práticas, instituindo uma dinâmica de sala de aula conducente a práticas de cidadania democrática e de inclusão escolar e social (Caldeira, Paes, Micaelo & Vitorino, 2004).

Capítulo II- Hiperatividade

3.Hiperatividade

3.1-Evolução Histórica do Conceito de DHDA

Durante os tempos, o Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção (DHDA), já sofreu diversas transformações quanto ao seu conceito, o mesmo será dizer que se utilizam diversas palavras para descrever os mesmos sintomas e sinais.

Inicialmente, o conceito surgiu como lesão cerebral mínima, a seguir foi substituído este conceito para Disfunção cerebral mínima, seguiu-se reação Hipercinética da infância e ainda Distúrbio de Défice de Atenção.

A primeira tentativa para a definição deste termo teve o início nos escritos de Still em 1902, pois este é considerado o primeiro autor a descrever um conjunto de sintomas co-mórbidos muito próximos daqueles que são hoje considerados como sintomas fundamentais da manifestação de DHDA.

Still (1902, cit. por Silva, 2005) realizou uma série de palestras no Royal College of Physicions e nessas palestras falou sobre crianças que eram agressivas, indisciplinadas, excessivamente emotivas e passionais, tinham dificuldades em seguir regras, eram desatentas, hiperativas, propensas a acidentes e por vezes hostis. Still, denominou-as como componentes de defeito de controlo moral.

A fraqueza de investigação de Still é ultrapassada por outros clínicos que associaram as descrições do autor a lesões e/ou afeções do sistema nervoso central.

Kahn e Cohen (1934, cit. por Lino, 2005) denominaram a falta de atenção, a irregularidade de atividade física e o controlo de impulsos, como sendo o distúrbio de comportamento Pós-Encefalite.

Em 1917 e 1918 desenvolveu-se um estudo que pretendia mostrar a correlação entre a encefalite e a deficiência moral, contudo este estudo teve uma contradição, que se baseava nas crianças que não foram vítimas da epidemia de encefalite mas que apresentavam os sinais de deficiência moral. Surge então o termo lesão cerebral mínima.

No decorrer dos estudos sobre a temática, muitos investigadores puderam visualizar a inexistência de lesões cerebrais nas crianças com este distúrbio, contudo continuavam convictos da ideia de que o funcionamento cerebral destas crianças era

inadequado. Todas estas conclusões levaram os investigadores a substituir o termo lesão cerebral por "Disfunção Cerebral Mínima"(DCM).

Este conceito partia "da suposição de que os mecanismos cerebrais, embora estruturalmente intactos, apresentavam défices funcionais" (Silven, 1990, cit. por Lopes, 2004).

A noção de que o termo "DCM" se aplicava a uma grande variedade de problemas e a crianças com características demasiadamente diferentes, obrigou os investigadores a delimitar "áreas" de estudo das perturbações de desenvolvimento da infância e conduziu a que gradualmente aumentasse o número de autores que sugeriram a substituição do conceito de "DCM" pela "Reacção hipercinética da infância", que se concretizava num sintoma característico, o excesso de atividade. Esta definição surge no DSM-II em 1968.

Os anos 70 trazem um interesse especial por este tema, e igualmente, uma acentuada mudança na forma de olhar o distúrbio.

Lopes (2004, p.25) salienta que, nesta época, "…os níveis exagerados de actividade deixam de ser considerados o aspecto fundamental do distúrbio, emergindo o défice de atenção como o aspecto que mais tipicamente o definia".

Neste tempo assistiu-se a um esforço de investigação para tentar um diagnóstico mais preciso.

Douglas (1972, cit. por Lopes, 2004), considerou que os défices de manutenção da atenção e a impulsividade eram o cerne do distúrbio, outros autores reafirmaram também a importância dos problemas de atenção e, posto isto, o DSM-III (1980) substituiu o termo "Reação hipercinética da Infância" por Distúrbio de Défice de Atenção (DDA), denominação que elege os problemas de atenção como o sintoma fundamental e não os da atividade motora como havia sido proposto anteriormente.

Lopes (2004), diz-nos que "a Década de 80 torna este distúrbio no mais estudado da infância".

Em 1987 o DSM-III substituiu o termo DDA por "Distúrbio hiperativo e de défice de atenção" (DHDA).

Este mesmo DSM- III (1987), apresenta os sintomas numa só lista, sendo eliminados, por conseguinte, os agrupamentos de sintomas de "desatenção", "impulsividade" e "hiperatividade". Estas alterações foram e continuam a ser altamente controversas.

Os anos 90 caracterizam-se por ser um período de reflexão e simultaneamente, de intensa investigação.

No DSM- IV (1994) surge de novo uma subdivisão da lista de sintomas em que, por um lado, são agrupados os sintomas de "Hiperatividade /Impulsividade", e por outro lado os de "Desatenção".

Apesar de muita investigação, é possível considerar que toda esta investigação se tem mantido num plano teórico e fundamentalmente descritivo.

Nos tempos que correm o conceito de DHDA está amplamente divulgado e é um diagnóstico clinicamente aceite, persistindo, contudo, as dificuldades em se obter um termo único para a sua definição, estando também longe de ser um termo inacabado já que várias investigações prosseguem no sentido de obter mais informação sobre o distúrbio em causa.

3.2- Definição de Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção

O DHDA apresenta como principais características a impulsividade, a hiperatividade e a falta de atenção.

Contudo, e tal como refere Cuberos et. al. (1993,p.159) "Quando abordamos o tema da hiperactividade infantil, a primeira característica que chama a nossa atenção é a grande confusão que existe a esse respeito".

De facto, quando pesquisamos sobre este tema facilmente constatamos que existe um sem número de terminologias, características e definições que lhe estão associadas.

Assim, segundo Lino (2005) uma criança com DHDA é:

> "aquela que manifesta na sua actividade diária, padrões comportamentais em que a actividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva. São crianças que têm dificuldade em permanecer no seu lugar, que se mexem ou baloiçam continuamente, que mantêm um relacionamento difícil com os colegas, não prestam atenção e precipitam as respostas, etc. Nenhuma destas manifestações deve ser confundida com má educação ou faltas de comportamentos ocasionais.".

Silva (2005) salienta que:

> "Quando pensamos em DDA, não devemos raciocinar 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."

Já para Garcia (2001),

> "a hiperactividade infantil é uma síndrome (conjunto de sintomas característicos de uma determinada enfermidade) que tem, provavelmente, uma origem biológica ligada a alterações no cérebro, causada por factores hereditários ou resultantes de uma lesão, enquanto para outros constitui um modelo de conduta persistente em situações específicas".

Segundo o DSM – IV da Associação Americana de Psiquiatria, o DHDA "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 suma, o DHDA é o distúrbio infantil mais em voga e é causador de sérias dificuldades ao seu portador. Caracteriza-se principalmente por uma grande falta de atenção e uma excessiva atividade motora, em locais e situações menos adequados.

3.3- Prevalência

O DHDA é bastante frequente na infância e este distúrbio pode estar presente em 16% da população dependendo do método de diagnóstico utilizado.

Estudos recentes indicam que 3 a 6% das crianças em idade escolar sofrem desta desordem e que outros 5 a 10% apresentam sintomas desta problemática em menor número mas que continuam, mesmo assim, a perturbar o percurso normal da aprendizagem e do sucesso educativo.

O pedido de diagnóstico de DHDA é uma das causas mais comuns dos pedidos de médicos de família, pediatras, psicólogos e pedopsiquiatras. Verifica-se também que no âmbito dos Serviços de Psicologia e Orientação (S.P.O)., principalmente em escolas até ao 3º ciclo do Ensino Básico, este constitui uma das principais causas de encaminhamento.

Existem alguns estudos que indicam que este tipo de perturbação apresenta maior incidência nos rapazes que em raparigas. A questão que estas investigações colocam prende-se com a determinação dos fatores responsáveis por estas diferenças.

3.4- Dimensões Essenciais

Não existindo um consenso por parte dos clínicos e investigadores sobre quais as dimensões fundamentais do DHDA, nestes últimos 20/30 anos os mesmos consideram que os sujeitos com DHDA apresentam problemas significativos a três níveis.

1.Ao nível da atenção, particularmente em situações em que se exige a sua manutenção prolongada;

2.Ao nível de controlo de impulsos (impulsividade);

3.Ao nível de agitação motora (hiperatividade).

3.4.1- Atenção

A atenção é um requisito fundamental para a nossa aprendizagem, devendo esta ser seletiva e contínua.

Relativamente a este parâmetro muitos investigadores consideram que as crianças com DHDA exibem, por definição, elevados níveis de desatenção relativamente a outras crianças das mesmas idades, e essa desatenção acentua-se mais quando se exigem tarefas de vigilância ou tarefas que exijam um grande período de tempo de concentração.

Embora seja conhecido que essa desatenção pode acontecer igualmente em brincadeiras e atividades lúdicas, é totalmente comprovado que quando as atividades são repetitivas ou exigem uma maior concentração, este problema agrava-se e muito.

Segundo Lopes (2004, p.70),já que o distúrbio se denomina ... e de Défice de Atenção, interessa debater um pouco a questão da distractibilidade das crianças com DHDA".

Alguns autores põem a hipótese de que os estímulos exteriores à atividade que estejam a realizar não provocam mais distratibilidade nestas crianças do que nas restantes.

Segundo Lopes (2004), esta hipótese vem recolhendo cada vez mais apoiantes. Já os chamados "estímulos irrelevantes", cuja proveniência é interna à própria tarefa, têm, segundo as investigações realizadas, efeitos dúbios: alguns autores apontam para uma diminuição da realização motivada por tais estímulos, enquanto outros apontam para a ausência de efeitos ou até mesmo para uma melhoria.

Na verdade, "tudo indica que a diminuição esteja sobretudo relacionada com o facto de a tarefa não possuir um valor de atracção suficiente ou não parecer produzir recompensa visível e imediata para o sujeito" (Barkley, 1990. cit. por Lopes 2004,p.70)

Segundo Lopes (2004,p.70),

> "A presença de actividades cujo poder de recompensa compete com a tarefa que o sujeito deverá realizar, parece assim constituir a principal fonte de comportamentos "fora da tarefa". Não é claro que (..) possamos falar de distracção (...) mas sim de "desinibição comportamental" (a criança quando confrontada com actividades altamente recompensadoras que competem com a tarefa que lhe é exigida, é incapaz de seguir as instruções que lhe foram fornecidas".

3.4.2- A Impulsividade / Desinibição Comportamental

"A desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação. O fracasso na inibição de comportamentos tem recebido na literatura a denominação de impulsividade." (Lopes, 2004).

A impulsividade é uma característica bastante manifesta na idade pré-escolar, sendo progressivamente substituída por um maior controlo dos impulsos e por uma superior capacidade de reflexão sobre as situações. (Cruz, 1987).

A impulsividade reflete-se na incapacidade de controlar as suas emoções, o seu comportamento, esta característica é muito mais visível em crianças portadoras de DHDA, do que noutras crianças tipicamente normais.

Para Isabel Villar (s.d), "a criança com DHDA, apresenta uma conduta imatura e inadequada porque não tem capacidade suficiente para refletir nem a maturidade suficiente para analisar eficazmente uma situação real ou imaginária."

A impulsividade tem manifestações a nível emocional e cognitivo. A criança age sem refletir e sem se dar conta das consequências dos seus atos, numa busca imediata da satisfação. É de salientar que estas crianças estão mais sensíveis à possibilidade de terem acidentes, pois estas não medem o risco e o perigo.

Ao nível cognitivo, a impulsividade afeta o desempenho escolar, pois estas crianças respondem sem antes passarem pelo processo de análise da informação recebida, assim, podem revelar grandes dificuldades na área da leitura, escrita e matemática.

3.4.3- Hiperatividade

As manifestações da criança hiperativa são essencial e maioritariamente o grande problema no controlo dos movimentos do corpo, uma excessiva atividade motora e uma necessidade de estar em constante movimento.

Um dos maiores e mais visíveis problemas destas crianças reside na árdua tarefa de controlo em situações que assim o exigem.

A hiperatividade, enquanto sinal discriminativo relativamente à presença do distúrbio, foi até à década de 80 considerada não apenas como um sintoma entre vários, mas o próprio fulcro do distúrbio. Na verdade, as crianças com DHDA apresentam normalmente níveis de atividade substancialmente superiores à média, quer ao nível motor quer ao nível verbal.

3.5- Causas do DHDA

Na perspetiva de Garcia (2001), apesar de se tratar de um distúrbio frequente na infância e que há bastante tempo é objeto de interesse por parte de médicos e psicólogos, os fatores que o originam não foram identificados de forma precisa.

O DHDA, não nasce com a criança. Ao longo dos tempos têm-se reunido esforços para tentar perceber quais as causas que possam dar origem a este distúrbio. Na verdade, existem muitas teorias não comprovadas que têm sido avançadas para explicar a causa deste Distúrbio, um bom exemplo dessas teorias são as dietas. Muitos são os que defendem que as dietas são responsáveis pelo comportamento hiperativo.

Feingold (1975,cit.por Lopes 2004), defendeu a teoria de que os aromatizantes artificiais e os salicilatos naturais produziam hiperatividade nas crianças, mas tal teoria não vingou, pois não recebeu qualquer apoio científico.

Curiosamente, e mais tarde, esta teoria viria a ser substituída pela ideia de que a Hiperatividade seria provocada pela "ingestão excessiva de açúcares, e mais uma vez, Feingold (1975), não levou avante a sua teoria pois os cientistas consideraram que esta não tinha qualquer fundamento.

A sobredosagem vitamínica foi também apontada por diversos profissionais como causa. Nenhum estudo, nos últimos 40 anos confirmou esta hipótese.

Saindo das eventuais causas alimentares, Hauser e colaboradores (1993, cit.por Lopes, 2004) num artigo sobre sujeitos que apresentavam uma deficiência na

produção da hormona tiroideia e que eram hiperativos, chegam à conclusão de que 70 % das crianças e 50% dos adultos estudados apresentavam DHDA. Três estudos posteriores não encontraram nenhuma relação deste tipo.

Harold Levinson (cit. por Lopes, 2004) fez a proposta de que a hiperatividade estaria relacionada com um desequilíbrio no sistema vestibular, o qual, segundo o mesmo, para além das funções que normalmente lhe são atribuídas, teria, igualmente, funções de regulação de energia. Levinson chegou a afirmar que com os seus tratamentos medicamentosos chegou a ter êxito em 70 a 80% dos casos acompanhados. "O certo é que os estudos levados a cabo para testar esta hipótese não encontraram qualquer evidência científica que a sustente" (Lopes, 2004, p.140).

Outra ideia corrente é a de que o número de horas que as crianças passam a ver televisão possa, entre outras coisas, "provocar" a hiperatividade. Sem nos alongarmos muito neste aspeto, o qual não tem qualquer sentido, recordaremos unicamente que não há nenhum estudo científico que o demonstre, e que há alguns trabalhos que mostram que as crianças hiperativas não vêm mais televisão do que as crianças normais (Lopes, 2004).

Outra ideia e penso que a mais controvérsia de todas as teorias está relacionada com a educação da criança com hiperatividade, sendo postos em causa os métodos utilizados pelos pais e educadores. Em verdade, apesar de a educação afetar o comportamento da criança, não existe prova científica desse facto (Parker, 2003).

Para terminar, citaremos Lopes (2004, p.144):

> "A conclusão que podemos retirar da esmagadora maioria dos estudos é que é altamente improvável que exista alguma causa (ou algumas) causa (s) social (ais) do DHDA, nomeadamente erros educativos, desorganização familiar, desvantagem social, etc. Estes factores constituem um factor de risco para o desenvolvimento de comportamentos disruptivos, como agressividade, oposição ou desafio, mas não certamente para o aparecimento de DHDA".

Efetivamente, o DHDA não tem uma etiologia única, e segundo vários investigadores podem ser muitas as causas.

Centremo-nos agora nas várias causas científicas que existem.

3.5.1- Lesões Cerebrais e Hiperatividade

A existência de lesões cerebrais esteve sempre presente desde o início da tentativa de explicar a hiperatividade. Sabe-se hoje que apenas 5 a 10% das crianças poderão ter desenvolvido hiperatividade com base neste aspeto, segundo Lopes (2004), esta hipótese deve ser abandonada enquanto causa fundamental da problemática em estudo, embora ela possa explicar alguns casos, nomeadamente, quando as lesões afetam a zona frontal do cérebro.

3.5.2- Alterações do Desenvolvimento Cerebral no DHDA

3.5.2.1 Bioquímica Cerebral

Segundo alguns investigadores devemos ter em atenção os aspectos bioquímicos.

Existem estudos que apontam para uma deficiência ao nível dos neurotransmissores (nomeadamente, a dopamina) nos sujeitos hiperactivos.

Estes estudos apontam ainda para uma deficiência no mecanismo da dopamina no cérebro das pessoas com DHDA.

Estudos realizados com animais indicam que, de facto, as drogas estimulantes que se supõe aumentarem a dopamina no córtex pré-frontal, manifestaram uma enorme redução dos níveis de agitação e desinibição comportamental.

Ainda é preciso muita cautela no que respeita às conclusões que possam ser retiradas destes estudos, mas os mesmos apontam para a existência de uma deficiência no circuito da dopamina no cérebro dos indivíduos com DHDA.

3.5.2.2 Atividade Cerebral

Segundo vários estudos sobre a atividade cerebral de crianças e adultos hiperativos, nota-se que estes demarcam uma atividade diminuída na área pré - frontal do córtex.

Numa primeira abordagem pais e educadores poderão não perceber o porquê de se falar em níveis de atividade cerebral diminuta, quando diariamente lidam com um sujeito que apresenta excessivo comportamento motor, verbal e cognitivo. Contudo, se tivermos em linha de conta que o problema se encontra na sub-ativação de zonas

cerebrais implicadas na inibição comportamental, podemos entender melhor a dualidade desempenhada pela medicação.

3.5.3- Causas das Alterações do Desenvolvimento Cerebral

Saber o porquê de os sujeitos com DHDA terem défice ao nível dos neurotransmissores (especificamente da dopamina) e que inclusivamente algumas zonas cerebrais apresentam-se subdesenvolvidas e sub-ativadas em relação a sujeitos normais, é a grande descoberta que se vai impondo aos investigadores.

Os estudos são ainda relativamente inconclusivos, pelo que não é possível falar de fatores causais, mas de fatores de risco ou de fatores associados, existindo basicamente dois tipos: Fatores ambientais e Fatores Hereditários.

3.5.3.1-Fatores Ambientais

No que respeita aos fatores ambientais, podemos destacar dois: (1) o consumo de substâncias no decurso da gravidez; (2) a exposição ao chumbo.

Em relação ao primeiro fator tem-se investigado particularmente o consumo de álcool e de tabaco durante a gravidez, sendo relativamente consensual que o consumo de qualquer destas substâncias aumenta o risco de nascimento de crianças hiperativas, de facto, os estudos mostram que os níveis de consumo durante a gravidez por parte de mães de crianças hiperativas são significativamente superiores aos de mães de crianças normais. Contudo, existem muitos casos de mães de crianças normais cujo consumo foi elevado, assim sendo só é possível dizer que o excesso de consumo é um fator de risco (Lopes, 2004).

Em relação ao segundo fator existem estudos que ditam que a presença de chumbo em crianças pequenas pode aumentar o risco de aparecimento de sintomas de hiperatividade, contudo o efeito deste fator é muito reduzido.

3.5.3.2-Hereditariedade

Este parece ser um terreno auspicioso em termos de compreensão das causas do DHDA.

Desde cedo se falou que a família biológica das crianças com características hiperativas, tem maior propensão em apresentar problemas do que os familiares de crianças normais.

Biederman et al. (1990, cit. por Lopes, 2004), "estudando um grande número de crianças DHDA e crianças sem DHDA, verificaram que, no primeiro grupo, a percentagem de parentes próximos que também apresenta DHDA é de 25 %, enquanto no segundo grupo a percentagem é de apenas 5 %".

Seguindo nesta mesma linha, nos anos 90, vários estudos realizados com gémeos permitiram apurar que a hereditariedade constituía 50 a 97% das características DHDA.

Perante estes factos parece-nos que esta é uma causa que reúne algum consenso, contudo, convêm não exagerar e retirar conclusões precipitadas.

A opinião mais generalizada entre os peritos é a de que as condutas hiperativas são heterogéneas na sua origem. Quer dizer, mais do que existir um ou vários mecanismos explicativos há múltiplos fatores que interagem, exercendo cada um o seu próprio efeito, numa atuação conjunta. Garcia, (2001).

3.6- Características do DHDA

As três características mais comuns em crianças hiperativas são sem dúvida a atenção, a impulsividade, e a hiperatividade, contudo estas características podem manifestar-se de diferentes formas em diferentes crianças.

Segundo Cuberos et al. (1997), as características fundamentais de uma criança com DHDA, são as seguintes:

A nível comportamental:

(**1) Hiperatividade**, entendida como movimento corporal constante, é a perturbação mais evidente. Esta mobilidade quase permanente é manifestada pela criança desde muito cedo. Em consequência a isto, pode apresentar hiperatividade verbal (falar muito, mas sem conseguir manter o fio do discurso), destruição e agressividade.

(2) Défice de Atenção. É outra característica fundamental do DHDA, e esta segundo Cruickshank (1971), relacionada com a hiperatividade sensorial. A criança vê-

se forçada a reagir perante estímulos, mostrando-se atraída por pormenores irrelevantes e, por falta de capacidade para os organizar hierarquicamente, tem a mesma reação perante o essencial do que perante o acessório. Paradoxalmente, a criança pode apresentar perseverança, ou seja, incapacidade para desviar a atenção de algo irrelevante, persistindo em atividades verbais, motoras ou visuais.

(**3) Impulsividade**. A criança hiperativa atua sem medir as consequências dos seus atos, dá-nos a sensação que não pode inibir os seus impulsos.

A nível emocional:

(1) Irritabilidade. Dado que a criança tem muito pouco controlo sobre os seus comportamentos, torna-se imprevisível, gerando situações de tensão e consequentes birras, convulsões ou ataques fingidos, devido à sua escassa tolerância à frustração.

(2) Labilidade afetiva. Neste caso, a criança apresenta uma deficiente auto-estima e dificuldades para se relacionar com os colegas.

A nível escolar. Estas crianças normalmente manifestam dificuldades de aprendizagem, devido a todas as características mencionadas anteriormente.

Segundo Fernandes (2001), "as crianças com a DHDA apresentam um padrão comportamental caracterizado, essencialmente, por um persistente défice de atenção, desproporcional à sua fase de desenvolvimento, com ou sem hiperactividade, impulsividade e/ou distracção".

Na verdade, é sempre inevitável ter-se em conta a presença das características que constam nos Critérios de Diagnóstico (DSM-IV-TR (2002).

3.7-Avaliação

A avaliação do DHDA requer sempre a presença de vários profissionais, que juntamente com os pais da criança trabalham e desenvolvem um trabalho em equipa.

Essa equipa é constituída por médicos, psicólogos, professores e, obviamente pelos principais interessados na resolução do problema, os pais da criança.

É sempre necessária uma avaliação antes de avançar para o diagnóstico, pois temos que ter sempre certezas na definição da patologia em questão.

Como já citámos não existe um teste que por si só seja avaliador fiável do DHDA, mas existe um número de procedimentos de avaliação, que em conjunto, podem

ajudar a um diagnóstico correto. Segundo alguns autores, existem aspetos comuns significativos nas histórias de crianças com DHDA e das respetivas famílias, bem como comportamentos em comum descritos em escalas de avaliação comportamental, na sua realização escolar.

Este conjunto de aspetos têm que ser levados em consideração e no final podemos chegar a um diagnóstico correto.

Segundo Barkley, 1998 "A avaliação da DHDA envolve o uso de múltiplos processos e instrumentos e direciona-se resumidamente para o estabelecimento do diagnóstico, para a avaliação do percurso de intervenção, para a avaliação das situações de comorbilidade e ainda para avaliar as áreas fortes e fracas em termos psicológicos e considerar como é que o perfil do indivíduo poderá influenciar a intervenção."

A avaliação da criança com DHDA deve passar por várias fases: uma avaliação médica clássica, uma avaliação comportamental e uma avaliação cognitiva e académica

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

Segundo o mesmo autor, a avaliação comportamental, deve orientar-se para os componentes DHDA, nomeadamente a atenção, atividade e os impulsos.

Na avaliação cognitiva e académica, o objetivo é estabelecer o perfil psicométrico e desempenho académico. Permite, então determinar as áreas fracas e recolher informação sobre as capacidades intencionais de aprendizagem e de inteligência, que possam facilitar a incorporação no processo individual de intervenção (Boavida, 1998).

3.7.1-O Médico na Avaliação da Criança com DHDA

O médico é dos primeiros ouvintes a quem os pais da criança recorrem, devido ao seu conhecimento da história familiar e à sua aproximação à família.

A avaliação médica inicia-se com a realização da história clínica e social, com todo o conhecimento da história de vida da criança relatada pelos pais.

O médico revê antecedentes genéticos da criança, história do seu nascimento, bem como a sua história de desenvolvimento pessoal e social.

Poderá pedir aos pais e professores que preencham escalas de avaliação, com o objetivo de averiguar o comportamento da criança em diferentes contextos.

O médico realiza também um exame físico exaustivo para verificar o estado geral de saúde da criança. Esses exames podem ser estudo de cromossomas, electroencefalograma, ressonância magnética ou tomografia computorizada.

Uma chamada de atenção é que estes exames de que falámos, não são rotineiros na avaliação do DHDA, mas quando necessário para detetar outra doença, genética, o médico recorre a eles.

3.7.2-O Psicólogo na Avaliação da Criança com DHDA

Ao psicólogo compete realizar e interpretar testes psicológicos e educacionais com a criança, de forma a poder aferir informações relevantes acerca do funcionamento intelectual da criança, das competências que esta tem, tanto a nível de raciocínio, como da linguagem, da impulsividade, da sua atenção e do seu funcionamento emocional.

Normalmente os testes mais utilizados são o sistema de diagnóstico de Gordon, os testes de variáveis de atenção, teste de desempenho contínuo de Conners e o teste de desempenho contínuo visual e auditivo. Além destes testes utilizados, os psicólogos costumam utilizar também escalas de avaliação, que são preenchidas pelos pais e professores a fim de se observar os conhecimentos da criança no seu contexto natural, em casa ou na escola. Podemos citar a "Escala de avaliação de Conners para professores - revistas" e a "Escala de avaliação de Conners para pais - revistas." Contudo, para além destas existem muitas mais escalas de avaliação, às quais os psicólogos podem também recorrer.

3.7.3-O Papel da Escola na Avaliação

O papel do professor é deveras importante na avaliação da criança com DHDA, pois estes lidam diariamente com eles, podendo usufruir da visão de todos os seus comportamentos e atitudes.

Sem dúvida, que os professores desempenham um papel fulcral no que à avaliação diz respeito, pois com a análise do processo do aluno, com a observação

direta, com as escalas de avaliação que realiza, e com os resultados dos testes, podem aferir se a criança mantêm ou não um comportamento desviante do dito normal.

Muitas vezes estes, são os primeiros a detetar o problema, contudo, em certas ocasiões parecem ficar confusos, pois não sabem como confirmar as suas suspeitas. Segundo Garcia (2001), a escola, tem suscitado interesse entre os especialistas, devido ao papel que desempenha na origem e na deteção deste problema e são os professores que identificam, frequentemente, as crianças com atividade motora excessiva, inquietas e distraídas.

Barkley, (1990, cit. por Sciutto et al 2000) reforça que os professores são uma parte importante desta equipa multidisciplinar.

O professor tem o privilégio de poder observar diretamente em diferentes contextos, sala de aula e recreio, períodos individuais de trabalho, interações entre criança/criança e criança/adulto.

Alem do mais os comportamentos do DHDA ocorrem na escola, logo o professor poderá fornecer dados concretos do que presencia.

3.7.4-O Papel dos Pais na Avaliação

As informações que os pais forneçam acerca da criança é um bem precioso neste processo, pois quem melhor que eles poderá descrever a criança. Todos os pormenores são importantes e todo o passado tem que ser conhecido. Toda essa informação é transmitida através de um questionário ou entrevistas.

3.7.5- O Papel da Criança na sua Própria Avaliação

Através de entrevistas realizadas à própria criança, também se podem conhecer dados importantes. Ficam-se a conhecer os seus sentimentos e os sentimentos que nutre pelos outros, fica-se a conhecer a maneira como a criança vê a sua vida escolar e pessoal numa perspetiva mais individual.

Em suma, a avaliação da criança envolve uma série de critérios que têm que ser levados em consideração. Temos sempre de observar todas as atitudes e comportamentos da criança para que desta forma a equipa multidisciplinar possa achar e avançar para um diagnóstico exato.

3.8- Desenvolvimento dos Processos de Avaliação e Metodologias de Intervenção em relação ao DHDA

Desde os anos 70 que há indicações de que as crianças com DHDA parecem ter pais com o mesmo problema ou pelo menos com outras desordens psiquiátricas (Cantwell, 1975, cit. por Barkley, 1998, Morrinson e Stewart, 1973, cit. por Barkley 1998).

Actualmente aceita-se que 66% dos casos de DHDA da infância se mantém na idade adulta (Barkley, Fisher e col., 1990, cit. por Barkley, 1998).

Na década de 80, obteve-se um grande desenvolvimento no que diz respeito a novos instrumentos de avaliação no DHDA. Apareceram algumas escalas de avaliação para além das escalas de Conners já muito utilizadas.

As escalas de Achenbach, designadas Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach e Edelbrock, 1983, 1986), o sistema de Gordon (Continuous Performance Test-CPT, 1983) as AcTeRS (Ullman e col; 1987 cit. por Barkley, 1998), o Home Situation Questionnaire – HSQ, Barkley Edelbrock, 1987), O Child Attention Profile (CAP, Barkley, 1987), e a PHDA Ratting Scale-IV (DuPaul, e col. 1998) são novos instrumentos que permitem estudos mais sistematizados (Melo, A. R., 2003).

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

3.9- Diagnóstico

Não existe nenhum sinal físico nem alteração de resultados de análise que possam confirmar ou negar um diagnóstico. O diagnóstico é essencialmente clínico baseado em critérios comportamentais (Boavida, 1998).

O diagnóstico resulta do resumo de um conjunto de informação recolhida junto da família, escola/trabalho e do próprio indivíduo, de entrevistas e de uma observação direta.

Fazemos uma salvaguarda ao facto de nem todas a crianças com hiperatividade manifestarem todas as características inerentes à hiperatividade.

Há já algum tempo que se diz que o diagnóstico da hiperatividade é complicado, pois as características próprias da hiperatividade, não são características únicas a esta patologia.

Lorente et al. (2004) diz que o diagnóstico é, por diversas razões, uma tarefa complexa e difícil. Em primeiro lugar não é a criança que solicita a ajuda do profissional, mas sim os adultos que com ela convivem, os quais fornecem a informação necessária para proceder à apreciação das dificuldades e estabelecer o diagnóstico.

Esta informação é dada, logicamente, a partir do seu ponto de vista, por vezes enviesando a realidade.

Pode acontecer muitas vezes que a identificação do problema pelo adulto não coincida com os sentimentos que a criança tem em relação a esse pseudoproblema, assim, e para evitar estas distorções, o diagnóstico da criança hiperativa obriga a uma valorização rigorosa dos diferentes contextos (escola, casa), e a uma atenção redobrada pelos vários responsáveis que acompanham a criança (Pais, Professores).

Em segundo lugar, Lorente et al. (2004), refere ainda que, a criança hiperativa é capaz de ajustar e controlar a sua conduta perante uma nova situação ou quando recebe um tratamento individualizado. Daí que a hiperatividade possa passar despercebida, e por este motivo a experiência profissional é um dos fatores prioritários no que ao diagnóstico diz respeito.

Por último, o autor ainda salienta que o diagnóstico da hiperatividade não conta com provas ou técnicas que confirmem a perturbação de uma forma precisa e evidente, como no caso, por exemplo, de uma análise de sangue.

A presença de hiperatividade, ou não, pode estabelece-se através de um teste de inteligência, uma cartografia cerebral ou uma entrevista com os pais, contudo, ainda que estas sejam necessárias, não são suficientes.

Na realidade, é necessário ter-se em conta a presença das seguintes características que constam nos Critérios de Diagnóstico (DSM-IV-TR 2002):

A.1) ou 2)

1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente em relação ao nível de desenvolvimento:

Falta de atenção

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

b) Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;

c) Com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;

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

e) Com frequência tem dificuldades em organizar tarefas ou atividades;

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

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

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

i) Esquece-se com frequência das atividades quotidianas;

2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade - impulsividade devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente em relação ao nível de desenvolvimento:

Hiperactividade:

a) Com frequência movimenta excessivamente as mãos e pés, move-se quando esta 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 adultos ou adolescentes pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);

d) Com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;

e) Com frequência "anda"ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";

f) Com frequência fala em excesso;

Impulsividade:

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

h) Com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;

i) Com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos;

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

C – Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em 2 ou mais contextos (por exemplo, escola e em casa);

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

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

Em considerações finais e tentando abreviar o que de mais importante foi dito, podemos constatar que não é fácil diagnosticar uma criança DHDA, e torna-se fundamental realizar um diagnóstico discriminado e rigoroso que obedeça sempre aos seguintes critérios.

A quantidade, como já referimos em cima, a criança terá que ter presentes pelo menos 6 dos sintomas indicados pelo DSM-IV-TR.

A duração, os sintomas deverão persistir por um período nunca inferior a 6 meses.

A intensidade, dos sintomas será incompatível com a idade e nível de desenvolvimento da criança.

O início, todos estes sintomas surgem antes dos 7 anos de idade.

O contexto, todos os sintomas devem surgir em mais do que 2 contextos diferentes (em casa e na escola).

4- Intervenção

Segundo Lopes (2004, p.199),

> "Não existe "cura" para o DHDA, uma vez que não se trata de uma "doença" nem de uma situação "patológica", que por consequência, não difere qualitativamente da normalidade. Será mais adequado encará-lo como uma forma extrema de um traço humano normal, que toda a gente possui mas que só muito poucas pessoas apresentam nesta forma extrema. (...) Desta forma não se cura o DHDA; lida-se com a situação e procura-se mantê-la dentro de limites que não se revelem gravosos para o sujeito e para os que com ele convivem".

Todas as tentativas de uma intervenção ideal ao longo dos tempos incluem obrigatoriamente um trabalho de equipa entre pais e professores, sendo estes dois, os contextos principais para uma intervenção de sucesso.

Torna-se fundamental conhecer cada criança individualmente para melhor intervir junto da mesma, com vista a um tratamento adequado.

O tratamento tem por objetivo o desenvolvimento de um adequado equilíbrio emocional, bem como a melhoria de um desempenho escolar e ocupacional.

Uma intervenção de sucesso será na nossa opinião um conjunto de estratégias que tendam a diminuir e a atenuar todas as dificuldades sentidas por estas crianças.

Para Parker é necessário que haja um plano de tratamento combinado e os intervenientes no processo de avaliação serão também implicados a pôr em prática o plano de intervenção.

Existem diferentes modos de tratamento, variando entre a administração de psicofármacos, as técnicas de modificação de comportamento ou uma intervenção multidisciplinar integrando estas áreas.

4.1- Medicação

Para a maioria das crianças com DHDA, o acompanhamento médico implica a ingestão de medicamentos para controlar os sintomas de desordem, aqui faz-se uma salvaguarda ao facto de que, nem todas as crianças com DHDA necessitam de tomar medicamentos, pois quando os seus défices são ligeiros pode sempre orientar-se tentando a estratégia de mudança de comportamento. Para as crianças que requerem e

precisam de medicação, os medicamentos mais utilizados são os psicoestimulantes e os antidepressivos tricíclicos.

Os psicoestimulantes mais receitados pelos profissionais de saúde são o metilfenidato (Ritalina), a dextroanfetamina (Dexedrine) e a pemolina (Cylert).

Segundo algumas pesquisas estes produzem uma diminuição da actividade física e aumentam o período de atenção, o que permite à criança centrar-se melhor num comportamento mais orientado para objetivos, ajudando a criança a ter melhorias no seu rendimento escolar.

Os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina (Tofranil) e a desipramina (Norpramin), têm sido prescritos a um subgrupo de crianças que apresentam sinais de ansiedade e de depressão.

Segundo Falardeau (1997), o tratamento através da medicação costuma dar imensos resultados, as próprias crianças em relato ao autor, confessam que desde que tomam a medicação se sentem mais capazes e muito mais controladas. Todos os desempenhos da criança vão sendo cada vez maiores e mais pacíficos aos olhos dos outros.

4.2- Terapia comportamental

O tratamento comportamental integra 3 vertentes:

- ⇨ O treino dos pais
- ⇨ O tratamento centrado nas crianças
- ⇨ A intervenção centrada na escola

Segundo Vasquez (1997), o modelo de intervenção deve seguir os seguintes passos:

1. Definição do comportamento indesejado;
2. Estabelecimento da linha de base;
3. Definição dos fatores que motivam o comportamento e o fazem persistir;
4. Aplicação do programa de alteração do comportamento com recurso a reforços;
5. Avaliação do processo;

Seja qual for a terapia, o seu objetivo principal consiste em reduzir a frequência de comportamentos inadequados e elevar a frequência de comportamentos desejados.

Para as crianças DHDA é extremamente importante que o seu ambiente familiar seja estruturado, e que esse ambiente seja munido de regras e rotinas bem definidas. Com os pais destas crianças deve desenvolver-se um trabalho de treino de técnicas e estratégias que lhe permitam ajudar e controlar os comportamentos dos seus filhos, de forma a estes poderem relacionar-se com outras pessoas.

Barkley (2000, cit. por Lopes 2004)" enuncia 14 princípios orientadores da acção parental com crianças com DHDA".

1.Fornecer feedback e consequências mais imediatos

Os pais de crianças com DHDA têm o dever de tornar a tarefa atrativa e compensadora, pois caso contrário a criança desmotiva-se e não continuará a realizar a atividade. A continuação ou não na tarefa depende essencialmente do feedback e das recompensas que vão sendo dadas às crianças durante a realização. É sem dúvida muito importante que as consequências sejam imediatas, para desta forma a criança perceber o que realmente fez. Os pais devem sempre explicar o porquê de todas as suas atitudes.

2.Fornecer feedback mais frequente

Estas crianças necessitam de feedback constante, essencialmente nas tarefas que são desenvolvidas por partes. Este feedback constante pode evitar o abandono da atividade.

3.Utilizar consequências maiores e mais poderosas

As crianças DHDA depressa se cansam dos estímulos ditos normais, pelo que é de extrema importância, arranjar constantemente estímulos inovadores e atractivos.

4.Utilizar incentivos antes das punições

Os pais têm que ter consciência de que as crianças com DHDA têm um défice de auto-regulação comportamental, e perceber que o seu comportamento e desobediência não são propositados. Neste sentido, os pais podem enveredar por dois caminhos, o primeiro será deixar passar situações menores, o segundo será prevenir e incentivar o comportamento desejado antes de punir.

5.Exteriorizar" o tempo e estabelecer "pontes" entre tempos e acontecimentos

É sabido que estas crianças têm uma dificuldade enorme na gestão do tempo, é difícil para estas perceberem os objetivos que têm que cumprir para então chegar á meta, desta forma seria boa ideia que os pais criassem um "relógio externo"para que estas se apercebessem que o tempo estaria a passar e que estes teriam que finalizar a atividade.

6. Exteriorizar a informação importante no "no ponto de realização"

É sempre importante relembrar a estas crianças os comportamentos adequados perante determinadas situações.

7. Exteriorizar a fonte de motivação no "ponto de realização"

A fonte de motivação, num plano desenvolvimental, tende a evoluir do exterior para o interior. Nas crianças com DHDA esta evolução é mais lenta, continuando as mesmas até mais tarde dependentes de formas externas de motivação, nomeadamente materiais.

8.Tornar o pensamento e a resolução de problemas mais "físicos"

As crianças DHDA respondem impulsivamente a todas as questões, não pensam antes de reagir e responder, e daí, ser importante ajudar as crianças a formular hipóteses alternativas fazendo-as escrever num papel, ou escreverem os pais essas mesmas hipóteses.

9.Esforçar-se por ser consistente

É importante os pais utilizarem sempre os mesmos métodos, serem consistentes nas respostas que dão aos filhos, e mesmo que o contexto seja diferente a estratégia a usar será sempre igual.

10. Não pregar no deserto. Atuar!

Com estas crianças o melhor é passar a teoria à frente e aplicar a prática. É sempre mais útil agir do que fazer discursos.

11.Planear antecipadamente o que fazer em situações problemáticas

É importante definir a situação problemática e antecipadamente (mas muito perto da sua ocorrência), rever com a criança algumas regras (não muitas, para que ela "não se perca"), combinar uma recompensa ou explicar uma eventual punição e executar o plano.

12.Ter presente que o filho(a) tem uma dificuldade específica

É importante que os pais tenham consciência de que os seus filhos possuem uma dificuldade específica.

13.Não personalizar os problemas do(a) filho(a)

Não pode haver competição, o importante é existir colaboração.

14.Saber perdoar

Saber perdoar de três formas diferentes: (a) a criança, porque em certa parte o controlo do seu comportamento não está nas suas mãos; (b) aos outros, porque eles não possuem, na maioria das vezes, os conhecimentos necessários para que não emitam os julgamentos de valor que emitem; (c) a si próprio, pelos erros que comete, muitas vezes fruto do cansaço.

4.3- Intervenção na escola

Uma das grandes preocupações dos pais é o desempenho escolar que as crianças DHDA têm. Na verdade, costuma associar-se a estas crianças um fraco desempenho escolar, o que provoca frustração e desencorajamento tanto aos pais como à própria criança. É na escola que se manifestam todos os sintomas que interferem na aprendizagem natural, e portanto, torna-se necessário que todos os programas escolares sejam adequados e adaptados de forma a construírem uma componente do tratamento.

Segundo Vasquez (1997), as técnicas comportamentalistas, que se baseiam no modelo ABC (Antecedentes - Behavior - Consequentes) e que costumam ser eficazes, são as seguintes:

1) Programas para o incremento de comportamentos desejáveis:

- Reforço social e material: baseia-se em aumentar a possibilidade de ocorrer um comportamento através de um reforço positivo, normalmente através de uma recompensa. Este reforço deve ser individual, fornecido de forma sistemática, para depois ser gradualmente retirado.
- Contratos comportamentais: é estabelecido com a criança um acordo escrito onde se determina o comportamento desejado e as consequências de um comportamento não desejado.
- Sistema de créditos ou economia de fichas: pontos concedidos após a realização de comportamentos adequados, que posteriormente se trocam por recompensas.

2) Programas que visam a diminuição de comportamentos indesejáveis:

- Abolição (ignorar comportamentos inadequados);
- Custo da resposta – Perda da recompensa;
- Time-out – Tempo fora da classe;
- Reforço dos comportamentos substitutivos.

3) Programas de aplicação em grupos:

- Comportamento adequado de uma criança leva a que toda a turma seja recompensada;
- Todo o grupo trabalha um objetivo para conseguir determinada recompensa.

Segundo Lopes (2004), o professor perante crianças com DHDA deve ter em consideração as seguintes premissas

1. O professor tem que avaliar bem o problema para desta forma poder definir as estratégias mais adequadas.
2. Feedback, reforços e recompensas pelos bons desempenhos (comportamentais ou académicos) muito mais imediatos e continuados do que para os restantes alunos;
3. A par com os reforços positivos, utilizar reprimendas que permitam reorientar a criança para a tarefa e responsabilizá-la pelo produto da sua acção,

devendo estas reprimendas ser específicas e consistentemente utilizadas imediatamente após a ocorrência do comportamento disfuncional

4. O trabalho deve ser dado à criança em várias partes, e deve responsabilizar-se a criança a repetir o que lhe foi proposto. As atividades não devem ser repetitivas e devem ir aumentando gradualmente.

5. A preocupação principal do professor deve ser a orientação das crianças no que respeita ao trabalho académico e não tentar controlar os seus comportamentos disruptivos.

6. As recompensas a serem dadas a estas crianças serão atividades e tarefas que estas gostem de realizar, e não reforços constantes.

7. Instruir e prevenir é o lema que deve ser usado pelos professores com crianças DHDA.

4.4- Como Incluir os Alunos DHDA e ter uma Intervenção de Sucesso

Os professores devem manter o espírito aberto e uma atitude compreensiva para tentar lidar com a Hiperactividade, não esquecendo nunca que a actividade motora excessiva é um padrão de resposta automática que a criança não consegue controlar na totalidade (Sosin, David & Myra 1996).

De uma forma geral, todos os professores sentem grandes dificuldades quando nas suas turmas encontram crianças diagnosticadas com DHDA.

Estas crianças com características tão próprias, distraem-se com facilidade e acabam também por distrair os seus colegas, estão frequentemente desatentas e como é evidente todos estes factores influenciam o processo de aprendizagem.

As crianças passam a grande maioria do seu tempo na escola, onde as regras e os valores são uma constante. Como já foi referido neste trabalho, estas crianças sentem uma grande dificuldade em cumprir regras pré definidas e em manter-se satisfeitas na realização das suas actividades. Os comportamentos que advêm destas crianças acabam por ser frustrantes tanto para o professor como para as crianças podendo, consequentemente, afectar os sentimentos de ambos, acabando muitas vezes por se traduzirem em aversão ou até mesmo hostilidade. Será desta forma imperativo estabelecer um conjunto de estratégias que facilitem a aprendizagem da criança e que favoreça a aprendizagem também dos outros colegas.

Neste âmbito existem uma série de adaptações que o docente pode seguir com o objectivo de promover o desenvolvimento integral da criança.

Intervenção no meio de aprendizagem:

-O professor deve sentar a criança em sítios que não lhe causem distracção, favorecendo desta forma a sua concentração apenas para a aprendizagem; Deve tentar sentar a criança perto da sua secretária, ou perto de alguém que auxilie a criança a recuperar ou a manter a atenção;

-Como estas crianças necessitam de gastar energia, o professor deve dar espaço à criança para esta se movimentar;

-Tentar manter portas e janelas fechadas para que o som do exterior não entre na sala e provoque distração na criança;

-Incentivar a criança à realização de trabalhos individualmente;

-Fazer com que as atividades a elaborar sigam uma rotina;

-Deixar bem claro que as regras que existem devem ser sempre cumpridas;

-Criar listas de verificação para que as crianças observem o que têm que fazer;

-Incentivar as crianças a tomar notas, a sublinhar e a utilizar esquemas;

Intervenção para obter a atenção das crianças:

-Questionar as crianças com perguntas curiosas para desta forma as estimular.

-Utilizar histórias, imagens, sons, enfim, variados recursos pedagógicos que incentivem a curiosidade e que sejam atrativos para a criança.

-O professor deve usar o contacto visual, para que a qualquer momento possa emitir um sinal às crianças, e também para que estas se sintam mais protegidas;

-O professor deve demonstrar interesse pela atividade que está a desenvolver com a criança. Costuma-se dizer que as crianças em geral se regem pela imitação.

Intervenção para focar a atenção das crianças:

-Servir-se de estratégias multi-sensoriais quando se dirige à criança;

-Elevar a voz quando necessário, tendo consciência que a criança o está a ouvir;

-Exemplificar e explicar a atividade que pretende que a criança realize;

-Emitir estímulos à criança para a incentivar e encorajar nas suas atividades;

-Pedir à criança uma tarefa de cada vez;

Intervenção no ritmo de trabalho:

-Conciliar o ritmo das atividades à capacidade de concentração e realização da criança;

-Quando a criança estiver empenhada para concluir a atividade, o professor deve dar tempo à criança para desta forma ela não se desmotivar;

-Reduzir a extensão e a quantidade de tarefas;

-Estabelecer "contratos escritos" com prémios para a finalização de determinadas tarefas.

-Estimular de forma positiva quando a criança atinge um objetivo;

Intervenção para manter a atenção das crianças:

-O professor deve sentar-se de forma a que todas as crianças o possam ver;

-Em cima da sua mesa, as crianças só deverão ter o material indispensável;

-Planificar atividades que tenham um seguimento lógico;

-Tentar que durante o dia não existem "momentos mortos" ;

-Deixar sempre as crianças exprimirem as suas ideias e emoções;

-Recorrer ao computador como ferramenta atrativa.

-As atividades devem ser curtas, para que as crianças consigam focar o máximo da sua atenção nessas mesmas atividades;

Intervenção nas estratégias e métodos:

- A linguagem deve ser clara e simples, para que assim seja facilmente compreendida pelas crianças;

- Valorizar as ideias prévias da criança antes mesmo de introduzir novas conceções;

- Decompor as atividades mais complexas em partes mais acessíveis;

- Ter em atenção a exposição de novas temáticas procurando sempre destacar a informação mais importante;

- Pedir á criança para que verbalize as aprendizagens;

Intervenção para <u>manter as crianças em atividade</u>:

- Proporcionar atividades em grande grupo;

- Quando o pretendido for trabalhar em grupo o professor deve ter o cuidado de escolher crianças;

- Recorrer aos colegas da turma para que estes incentivem a criança com DHDA a executar e permanecer nas suas tarefas;

- Recorrer a prémios e tecer comentários positivos;

Intervenção na <u>avaliação</u>:

- Recorrer a instrumentos de avaliação alternativos;

- Estabelecer, de comum acordo, expectativas realistas quanto aos resultados a alcançar.

Intervenção no <u>tratamento de comportamentos inadequados</u>:

- Antecipar e prevenir os problemas, sempre que possível;

- Predefinir regras específicas e consequências objetivas;

- Estabelecer alternativas para comportamentos inadequados;

- Estabelecer na sala um local para a criança se "acalmar";

- Elogiar os comportamentos adequados;

- Evitar dar atenção a comportamentos inadequados, pois assim perderão o impacto;

- Evitar criticar a criança;

- Ser compreensivo perante sinais de frustração;

- Estar individualmente com a criança de modo a falar-lhe sobre as suas atitudes inapropriadas;

- Precaver-se de comportamentos alternativos aos indesejados.

Concluindo, existem uma série de estratégias que o professor poderá implementar para tentar que a criança com DHDA tenha êxitos visíveis no seu processo de ensino/aprendizagem.

4.5- Desenvolvimento das Características do DHDA e Desadaptação da Criança com DHDA em Contexto Escolar

Primeira Infância: 0- 3 anos

Podemos dizer que a maioria dos sintomas de instabilidade tem início na primeira infância ou início da adolescência da pré-escolaridade.

Durante esta etapa do desenvolvimento, uma grande percentagem de crianças hiperativas demonstra ter problemas.

São bebés irritáveis, com padrões irregulares de alimentação, muitos tem dificuldade em dormir, em brincar sozinhos, e é usual serem bem mais activos do que o costume.

Apresentam já problemas de atenção e de higiene diária (controlo de esfíncteres).

Todas estas características puderam indicar-nos desde cedo a presença do DHDA

Os problemas reconhecidos na idade pré-escolar, permanecem vulgarmente até á idade escolar. Parece existir uma enorme relação entre o insucesso escolar e todo o ambiente familiar em que a criança foi educada.

De salientar que a maioria das crianças manifesta sintomas de hiperactividade antes dos 5 anos de idade.

Segunda Infância: 3- 5 anos

Segundo Campbell (1990, cit. por Barkley, 1998), na idade pré-escolar, a maioria dos casos deixam de ser preocupantes 3 a 6 meses depois de terem surgido as queixas e mesmo passado esse tempo, daquelas crianças que ainda receberiam o diagnóstico de DHDA, apenas 48% o apresentarão mais tarde, na segunda infância (Campbell, 1990, cit por Barkley, 1998).

Nesta etapa do desenvolvimento já conseguimos detectar diferenças entre crianças DHDA. As características relacionadas com este distúrbio surgem, por volta dos 3, 4 anos e sempre antes dos 7 anos de idade.

Entre os 3 e os 5 anos de idade o comportamento das crianças complica-se (desobediência, dificuldades de relação social, agressividade, impulsividade, etc.).

Problemas de sono e de higiene diária poderão continuar numa pequena percentagem de crianças.

Estas crianças apresentam grande dificuldade de relação com os seus pares. (Barkley. 1988).

As crianças com características de DHDA, nesta fase parecem ter maiores níveis de actividade motora e de agressividade do que os colegas de sala de aula sem características do DHDA.

Segundo alguns teóricos, a partir de referências dos pais e de medidas laboratoriais de características como a atenção, a impulsividade e o excesso de actividade motora, é possível diferenciar, nesta fase, crianças em risco de desenvolverem um DHDA.

Para ponderar a desadaptação nesta etapa, é interminavelmente necessário ter em consideração o grau de severidade dos problemas e a sua duração.

No pré-escolar as características mais notórias são a desatenção, a dificuldade em esperar pela sua vez, a dificuldade em estar atento a histórias, a dificuldade em manter-se sentado calmamente por longos períodos de tempo.

De referir que as dificuldades nem sempre se sentem com o início dos sintomas e vão-se acentuando quando as exigências do meio assim o exigem.

O comportamento das crianças com DHDA em locais públicos, começa a complicar-se nesta idade o que por vezes embaraça os familiares próximos.

Tornam-se crianças com um temperamento expansivo e enfurecido quando contrariadas. Muitas vezes tornam-se agressivas.

À vista dos seus pares, estas crianças são vistas como barulhentas, mal comportadas e intrusivas, tudo isto leva à rejeição e intolerância.

É nesta etapa que os pais começam a tomar consciência das diferenças e a procurar ajuda profissional.

DHDA no 1º Ciclo

Pelham e Bender (1982, cit. Por Barkey, 1998) referem a existência de um comportamento inadequado para a idade em termos sociais.

Alunos com DHDA manifestam inquietação, mexem-se frequentemente na cadeira, mexem excessivamente braços e pernas, falam demasiado, correm em locais inapropriados, têm dificuldade em estar em silêncio e de esperar pela sua vez que faz parecer estar," ligado a um motor" (APA, 1994).

Aquando do ingresso no 1º- ciclo, todos os comportamentos que se verificavam no pré-escolar têm tendência a agravar-se. São crianças consideradas imaturas e desde cedo apresentam dificuldades de aprendizagem.

Em geral, os professores queixam-se que estas crianças, não conseguem estar concentradas muito tempo, não conseguem seguir instruções, partilhar e cooperar com os seus pares, sentem uma enorme dificuldade em organizar o material, bem como, executar até ao fim todas as tarefas que lhe são propostas, perturbam a turma com frequência.

Inevitavelmente tornam-se crianças isoladas, ou procuram pares com características semelhantes.

Na generalidade as crianças com DHDA preferem parceiros com o mesmo problema (Hinshaw e Melnick, 1995 cit. por Barkley, 1998).

Pelo exposto, estas crianças tornam-se um imenso problema em contexto escolar.

Todos estes comportamentos puderam conduzir ao crescimento de sentimentos mútuos de aversão ou mesmo de hostilidade.

Nesta idade agravam-se as relações sociais e os comportamentos dentro da sala de aula.

Rebelo (1997) chama a atenção para a necessidade da escola dispor de serviços de apoio escolar, onde existam profissionais especializados ao nível do diagnóstico, da planificação e intervenção, a quem os professores possam recorrer.

Barkley (1998), refere as seguintes áreas comportamentais como sendo as que mais dificuldades vão criar à criança em idade escolar: habilidade para ficar sentada, ouvir, obedecer, inibir o comportamento impulsivo, cooperar, organizar acções, seguir instruções, partilhar, brincar de modo adequado, interagir de forma simpática com os outros.

Normalmente estas crianças, têm um rendimento inferior ao esperado para a faixa etária. Segundo Barkey, et al., (2002); Lopes, (1998),

> "estas crianças têm um rendimento escolar baixo, inferior às suas capacidades e manifestam frequentemente sérias dificuldades em situações de aprendizagem, uma vez que o contexto escolar (sala de aula) lhes exige, não só competências académicas, mas também sociais, que se esperam de qualquer aluno."

As relações com as famílias também têm tendência a piorar, visto que aos olhos dos pais as crianças já deveriam nestas idades ter consciência dos seus atos.

DHDA na adolescência

A situação escolar é o maior problema do adolescente que tem no seu percurso inúmeros falhanços e insucessos a esse nível. A criança instável torna-se um adolescente com pouca capacidade de concentração, um estilo cognitivo impulsivo, distúrbios do comportamento e ocasionalmente dificuldades específicas de aprendizagem (Melo, A. R., 2003).

Já por si, a adolescência constitui um período difícil na vida de qualquer jovem, como tal, jovens com DHDA, vêm a tarefa muito mais complicada, no que diz respeito a esta etapa**.**

A adolescência para o jovem com DHDA transforma-se num período particularmente agravado, devido ao aumento de exigência ao nível da responsabilidade, identidade, mudança de aparência corporal, aceitação por parte do grupo, relações com o sexo oposto, etc.

Na opinião de vários teóricos, esta etapa será aquela mais problemática de todas as fases de desenvolvimento da hiperactividade.

Para Salgueiro (1983) a criança transforma-se em regra num adolescente menos irrequieto mas com problemas de atenção e concentração, de fadiga fácil e de baixo rendimento escolar.

Na adolescência cerca de 40% a 60% dos jovens hiperactivos manifestam problemas de auto-estima e depressão.

O DHDA na adolescência parece constituir um factor de risco para o abuso de substâncias tóxicas e o alcoolismo. Comportamentos como roubos e incidentes públicos que exigem contacto com autoridades juvenis, tornam-se mais constantes.

Os acidentes de viação são também mais comuns em adolescentes hiperactivos do que noutros.

Neste sentido estes jovens são considerados de risco.

De uma maneira geral, os jovens com DHDA em classe regular manifestam insucesso escolar, duas ou três vezes superior a crianças sem DHDA, e não terminam a escolaridade obrigatória com uma percentagem cerca de três vezes superior a crianças sem problemas.

Muitos dos adolescentes com DHDA mostram sinais de depressão e baixa auto-estima, isto porque não conseguem ter sucesso na escola, nas relações sociais e familiares.

Em casa os pais referem que continuam imaturas não ajudam nas tarefas domésticas, são irresponsáveis e muitas vezes ainda têm uma fraca autonomia, necessitando de ajuda para as suas tarefas quotidianas de higiene pessoal (Melo, A. R., 2003).

Desta forma as relações familiares agravam-se e tendem a piorar com o passar do tempo.

Para Barkley (2006), a intervenção mais eficaz, e que conduz a uma melhoria no rendimento escolar, é aquela que se desenvolve no contexto escolar e no exacto momento de realização do comportamento, através da aplicação de consequências positivas mais salientes e frequentes e de consequências negativas mais consistentes, associadas a uma adequada adaptação do ambiente.

Como parte do tempo de um jovem é passado no contexto escola, ao professor cabe a enorme tarefa de tentar controlar todos os sintomas referidos anteriormente. O professor deve por em prática um conjunto de estratégias que poderão vir a beneficiar a relação aluno/escola.

O professor de turma tem um papel muito importante no reconhecimento e tratamento de alunos com DHDA e também no sucesso ao nível das aprendizagens que estes alunos poderão vir a ter.

O professor deve pedir tarefas curtas, estimulantes e explicadas passo a passo, utilizar variadíssimos reforços positivos pelas conquistas conseguidas pelos alunos e deve dar aos alunos pistas para a realização das tarefas.

Deverá sempre que possível, dar ao aluno um atendimento individualizado, a sala de aula deve de estar bem estruturada e fazer com que o aluno cumpra regras como todos os alunos da sala.

Deve sentar o aluno com DHDA nas primeiras filas, perto dos alunos mais calmos, próximo de si, e principalmente num local sem muitas fontes de distracção.

A desadaptação escolar não se restringe apenas às aprendizagens, está também relacionada com a capacidade de relação com os pares e com os professores.

Segundo DuPaul & Stoner (2007) os problemas comportamentais e os problemas de aprendizagem estão intimamente ligados. O tratamento, que tradicionalmente investia mais nos aspectos comportamentais, será mais eficaz se investir também no rendimento nas áreas académicas.

A melhoria destas, conduz à diminuição dos comportamentos perturbadores, pelo que a metodologia mais adequada para o atendimento destas crianças deve incidir nos problemas da aprendizagem a par das condutas perturbadoras (Barkley, 2006, DuPaul & Stoner 2007).

DHDA na idade adulta

Chegados a adultos, todos os indivíduos hiperactivos, encaram problemas a vários níveis.

Normalmente, são adultos com tendência a mudar de casa, de emprego e a ter problemas conjugais.

Vários são os estudos que comprovam que estes adultos, apresentam maior desistência do emprego e dos casamentos do que os seus pares, que obtêm menores níveis de graduação em termos académicos, e também que têm mais dificuldades ao nível do estatuto socioeconómico.

Na idade adulta as anteriormente crianças hiperactivas continuam a ter problemas de impulsividade, atenção, inquietação e baixa auto-estima, quando comparadas com outros adultos sem problemas.

O diagnóstico do DHDA na idade adulta torna-se controverso porque, e como refere Barkley (1998), reside nos relatos dos parentes sobre situações passadas que obviamente estão impregnadas da própria evolução do caso (que quando se mantêm na idade adulta nunca é favorável).

Convém salvaguardar que, na idade adulta, é muito frequente existirem outras situações de perturbação (Esquizofrenia, Abuso de Substâncias, Ansiedade generalizada, Perturbação Obsessiva-compulsiva, etc.) que podem ser confundidas em termos de sintomas com a DHDA.

Utilizando Mário Cordeiro (2008) concluímos esta análise relativamente à desadaptação da criança com DHDA em contexto escolar com uma questão pertinente:

> “ Já pensaram estar numa partida de xadrez, em que tivessem de jogar ao mesmo tempo com cem adversários? Ou já se imaginaram a ter de ver cinco apresentações de PowerPoint ao mesmo tempo sobre assuntos diferentes? E se os slides começassem a trocar de projector e tivesse de andar à procura, nas várias paredes da sala, do seguimento de cada um para depois responder às questões? Pois é assim que uma criança com DHDA se sente. Não é fácil, pois não?”

4.6- A Importância da Inclusão dos Alunos com DHDA

Em Junho de 1994, a UNESCO organizou em Salamanca, a "Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais", na qual foram discutidos e consagrados um conjunto de princípios e conceitos como "Inclusão" e "Escola Inclusiva" que, desde então, tem constituído vectores orientadores de políticas educativas implementadas nos diversos países da Europa, (Brandão, 2007).

O princípio fundamental da Declaração de Salamanca declara que as escolas regulares devem estar preparadas para receberem todas as crianças independentemente da sua condição física, intelectual, social, emocional ou outra. Tal afirmação demonstra uma clara mudança de paradigma, relativamente ao anterior conceito de integração, tendo agora a escola de se adaptar às necessidades específicas de cada criança, através de uma pedagogia centrada na criança, (Brandão, 2007).

A política de inclusão terá forçosamente que incitar mudanças no nosso sistema escolar, de forma a possibilitar a todas as crianças o máximo aproveitamento das suas potencialidades.

É óbvio que a inclusão é um processo que acarreta um grande investimento por parte de todos os envolvidos, alunos, professores, famílias e comunidade em geral.

Deste modo, a atitude da escola, perante a criança com N.E.E., passa por uma definição de objectivos, cuidadosamente formulados, atendendo às necessidades específicas de cada criança.

O princípio subjacente às Escolas Inclusivas é o de que todas as crianças devem aprender juntas, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentam.

Ainscow (1997) considera a escola inclusiva como um sistema de educação e ensino onde os alunos com necessidades educativas especiais, incluindo os alunos com deficiência independentemente da severidade das problemáticas, são educados na escola do local de residência, em ambientes de sala de aula regulares, apropriadas para a sua idade cronológica, com colegas que não tem deficiências e onde lhe são oferecidos ensino e apoio de acordo com as suas capacidades e necessidades.

Correia (1997) refere que,

> "o princípio da inclusão apela, assim, para uma escola que tenha em atenção a criança – todo, não só a criança – aluno e que, por conseguinte respeita três níveis de desenvolvimento essenciais – académico, sócio emocional e pessoal – de forma a proporcionar-lhe uma educação apropriada, orientada para a maximização do seu potencial".

Na opinião de Ainscow (1997), a "criação de salas de aula mais inclusivas", assentam em três pilares essenciais: planificação para a classe como um todo, que os professores sejam estimulados a utilizar de forma mais eficiente os recursos naturais que podem apoiar a aprendizagem dos alunos e a capacidade que cada professor tem de se adaptar a situações pontuais, estimuladas e valorizando uma participação activa de todos os alunos.

De acordo com Correia, L.M. (1997), "o desafio da escola inclusiva é o ser capaz de desenvolver uma pedagogia centrada na criança, susceptível das educar a todas com sucesso incluindo as que apresentam graves capacidades".

Todas as teorias anteriormente referidas nos conduzem a uma mudança de atitude por parte de todos os intervenientes no processo de inclusão, para que o sucesso desta possa ser uma realidade.

Capítulo III- Enquadramento Empírico

1- Pressupostos Metodológicos

a. A investigação

No nosso entender julgamos pertinente definir o paradigma da investigação-ação, visto que o nosso estudo tem precisamente as características desta mesma metodologia.

A investigação-ação é uma metodologia que tem como objetivo colher efeitos em duas vertentes, na ação, para se conseguir uma mudança numa comunidade ou programa, e na investigação, no sentido de aumentar a compreensão por parte do investigador, do cliente e da comunidade. (Dick 2000)

Para Kemmis & Mc Taggart, (1988) referido por Matos (2004),

> " A investigação-acção constituiu uma forma de questionamento reflexivo e colectivo de situações sociais, realizado pelos participantes, com vista a melhorar a racionalidade e a justiça das suas próprias práticas sociais ou educacionais bem como a compreensão dessas práticas e a situações nas quais aquelas práticas são desenvolvidas; trata-se de investigação-acção quando a investigação é colaborativa, por isso é importante reconhecer que a investigação-acção é desenvolvida através de acção (analisada criticamente) dos membros do grupo".

Para Quivy (1998), o objectivo de um trabalho de investigação é sempre o de "compreender melhor o significado de um acontecimento ou de uma conduta ou ainda compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações".

b. Questão de partida

Uma questão de investigação é, segundo Fortin (1996),

> "uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica". (p.51)

Segundo o mesmo autor qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação problemática, ou seja, uma inquietude que exige uma explicação ou compreensão do fenómeno estudado.

Kerlinger (1973) define investigação como "um método sistémico, controlado, empírico e crítico, servindo para confirmação de hipóteses sobre as relações presumidas entre fenómenos naturais.

Segundo a investigação defendida por Kerlinger, esta pressupõe o controlo de variáveis na situação de investigação e envolve a verificação de hipóteses.

Mediante estas definições tivemos como ponto de partida a seguinte questão:

Que opinião têm os professores face à inclusão de alunos com DHDA no ER?

c. Objetivos

Em particular os objetivos específicos do estudo são os seguintes:

1. Verificar se os docentes aplicam métodos diferenciados;
2. Saber se os docentes estão familiarizados com o conceito DHDA;
3. Verificar se a opinião dos professores que leccionam diferentes ciclos é divergente;
4. Verificar se a experiência profissional é importante na perceção deste fenómeno;

d. Hipóteses

Para Fortin (1996, p.102), "uma hipótese é um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria".

Para Burns & Grove (1993) e Chinn & Kramer (1991), as hipóteses são concebidas a partir da teoria quando o investigador pretende verificar proposições teóricas passíveis de terem uma influência ou um efeito sobre a prática.

As hipóteses podem definir-se, como a combinação do problema e o objetivo de uma determinada investigação, num esclarecimento ou prognóstico claro dos resultados que o investigador espera desse mesmo estudo.

Ao formular as hipóteses, procurámos verificar a associação entre as variáveis independentes e a variável dependente, o que nos permite aceitar ou rejeitar as hipóteses formuladas.

e. Variáveis Independentes e Dependentes

Segundo Fortin (1996), "As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação. Algumas podem ser manipuladas ou controladas".

Para Kerlinger (1973), "Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos".

Como neste estudo iremos dar pleno enfâse às variáveis independentes e dependentes, convém saber o que as caracteriza.

Segundo Fortin (1996), estas variáveis estão ligadas no estudo experimental no sentido de que uma afeta a outra, ou seja, a variável independente afeta a variável dependente. Assim, a relação entre estas duas variáveis forma a base da predição e expressa-se pela formulação de hipóteses.

O investigador manipula num estudo experimental a variável independente, para posteriormente medir o seu efeito na variável dependente.

A variável independente ou explicativa é muitas vezes chamada o tratamento ou a intervenção, ou apenas variável experimental.

Em conformidade com este estudo, apresentamos as hipóteses:

H1- Os professores atendem os alunos com DHDA de forma diferente, em função do seu nível de ensino.

VI- Níveis de ensino

VD- Opinião dos professores

H2 - O tempo de serviço é determinante para o atendimento e para a inclusão dos alunos com DHDA.

VI- Tempo de serviço

VD- Opinião dos professores

H3 –A formação inicial dos professores é adequada para intervir com alunos DHDA.

VI- Intervenção com alunos DHDA

VD- Formação inicial

f. Operacionalização das variáveis

O nosso estudo é um estudo descritivo uma vez que a nossa investigação apresenta: Formulação do problema, revisão da literatura, formulação dos objetivos, definição da amostra e escolha de técnica de recolha de dados (instrumento).

Segundo Ribeiro, J.L. (2007), são estes que permitem, ou não, responder à grande questão de investigação colocada no início, que permitem recolher a informação necessária (quantitativa, qualitativa ou mista), do modo apropriado, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspectos mais importantes da investigação.

Segundo Ribeiro, J.L. (2007), as técnicas quantitativas requerem o uso de medidas e de métodos padronizadas convertidas em números.

Na investigação correlacional analisam-se as relações entre as variáveis, sem que se manipulem as variáveis em estudo, Ribeiro, J.L. (2007).

Se os investigadores focarem as relações entre variáveis, diz-se que a estatística utilizada é a univariada ou multivariada (Baltes, et al. 1977 cit. por Ribeiro, 2007).

g. Instrumento de Pesquisa

Apesar de se tratar basicamente de um estudo descritivo, optámos por métodos de análise quantitativa, através da aplicação de um questionário seguindo uma via descritivo-analítica, uma vez que pretendemos garantir a precisão dos resultados e evitar distorções de análises e interpretação, possibilitando com maior segurança quanto às inferências (Gil, 1995).

Uma das etapas de um trabalho de investigação é a elaboração de um instrumento de recolha de dados, que permita colher os dados necessários, indo de encontro aos objetivos do estudo e às características da população.

Com o intuito de dar resposta às questões por nós formuladas, optámos pela recolha de dados através de um questionário.

Segundo Fortin (1996), o questionário "permite colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes".

Podemos dizer, que os questionários são "formas" de se conseguir adquirir dados acerca de pessoas sem termos que necessariamente interrogar as pessoas direta e frontalmente.

Os investigadores devem ter determinadas precauções aquando da construção dos questionários.

Segundo alguns estudos, os seus aplicadores devem ter em atenção algumas questões que se tornam bastante pertinentes.

1. Será que determinadas questões podem influenciar a pessoa a dar uma boa impressão sobre ela mesmo?
2. Será que determinadas questões podem influenciar a pessoa a antecipar o que a investigação pretende?
3. Será que determinadas questões exigem respostas sobre os inquiridos, que nem os próprios sabem responder?

A validade de todas as perguntas de um questionário está sempre limitada a estas três premissas, contudo vários são os estudos que indicam, que apesar destas três limitações, a via do questionário continua a ser a mais eficiente.

Ao elaborarmos o nosso questionário, tivemos a preocupação de o fazer de forma clara, precisa e de fácil utilização, bem como afiançar a todos os inquiridos o anonimato do preenchimento.

h. Estrutura do questionário

O questionário[1] do presente estudo foi elaborado de acordo com o problema proposto para investigação. Este é composto por 17 questões englobando perguntas de carácter aberto e fechado.

O questionário foi estruturado em três partes diferentes. A parte I, onde se identificam, os Dados Sócio Demográficos: Género, Idade, Habilitações Literárias, Situação Profissional, Nível de ensino.

[1] Questionário em apêndice

A parte II, onde se reconhece a Experiencia Profissional e a Formação: Tempo de serviço, Formação Especializada, Formação Inicial e Formação Contínua.

A parte III, onde se questiona o conhecimento sobre a temática em causa: conceito de DHDA, Premissas relacionadas com DHDA, a Prevalência, as Causas e Diagnóstico, e finalmente a parte IV, onde se averigua a opinião dos professores dos alunos com DHDA em contexto escolar:

i.Vantagens e Inconvenientes na Utilização de Questionários

Para Fortin (1996), o questionário apresenta inúmeras vantagens como instrumento de medida, pois apresenta características como:

Vantagens:

- ✓ É um instrumento menos dispendioso do que por exemplo a entrevista;
- ✓ Exige menos habilidades por parte de quem o aplica;
- ✓ Pode ser usado ao mesmo tempo junto a um grande número de indivíduos que estejam divididos por uma vasta região;
- ✓ Apresentação uniformizada;
- ✓ A ordem das questões é idêntica para todos os indivíduos;
- ✓ A situação de medida é uniformizada;
- ✓ Assegura a confidencialidade pessoal;
- ✓ Facilita as comparações entre sujeitos;
- ✓ Permite que o inquirido expresse livremente as suas opiniões pessoais.

Contudo e de acordo com Fortin (1996), não devemos deixar de referir que a aplicação de questionários tem também os seus inconvenientes, passamos então a citar alguns a título de exemplo:

Inconvenientes:

- ✓ Taxas de resposta fracas;
- ✓ Taxa de falta de dados alta;
- ✓ Nem sempre se poder controlar em que situações estes são preenchidos, caso sejam enviados pelo correio.

j. Procedimento de Recolha de Dados

O protocolo de aplicação e recolha dos dados foi devidamente estruturado e constituiu o anexo 2 do presente documento. Foi pedida a autorização ao Diretor do Agrupamento de Escolas de Caneças, para que fosse possível a colaboração por parte dos professores considerados como amostra na realização dos questionários. Para isso foi elaborado um ofício a pedir a autorização para que os mesmos fizessem parte da amostra, informando os fins a que se destinava este estudo.

k. Tratamento de Dados

Kerlinger (1910, p.352) define análise como " a categorização, ordenação, manipulação e sumarização de dados." A análise tem como objectivo " reduzir grandes quantidades de dados brutos, passando-os para uma forma interpretável e manuseável de maneira que características de situações, acontecimentos e de pessoas possam ser descritas sucintamente e as relações entre as variáveis estudadas e interpretadas." (Kerlinger, 1910, p. 353).

No presente estudo pretende-se analisar quantitativamente os dados, através da aplicação de inquéritos por questionário.

Com a aplicação dos inquéritos por questionário, vai ter-se em conta, a quantidade de dados e o número de respostas que cada inquirido respondeu em determinadas questões.

Na análise quantitativa pensamos em utilizar o método de análise estatística, que segundo Gageiro e Pestana (2000), a estatística é um instrumento matemático necessário para recolher, analisar, apresentar dados e utiliza-se para descrever os dados através de indicadores chamados estatísticas, como é o caso da percentagem, da frequência absoluta, da média, da moda, do desvio padrão e mediana.

Para o tratamento dos dados recorremos ao programa Microsoft Office Excel.

2- Caraterização e Contextualização do Problema

a. Tratamento de Dados

Caneças é uma povoação muito antiga, permanecendo a origem do seu nome envolvida num certo mistério.

São várias as explicações quanto à origem da palavra: para muitos, o seu nome deriva do árabe "Caniça", que significa "Templo de Cristãos". Há, no entanto, outra versão: segundo a tradição oral, tendo El Rei D. Dinis passado pelo lugar, bebeu água por uma caneca, cuja palavra teria, mais tarde, assumido a forma de Caneças, nome actual do povoado.

No ano de 1915, Caneças adquiriu o estatuto de freguesia de Loures, criada pelo Congresso da República - Lei n.º 413, de 10 de Setembro de 1915. Foi elevada à categoria de vila em 16 de Agosto de 1991.

As famosas fontes das Fontainhas, Piçarras, Castanheiros, Passarinhos e Castelo de Vide, conjuntamente com as lavadeiras, os aguadeiros e os viveiristas, traduziram actividades económicas importantes e são, agora, símbolos da história cultural desta terra. São testemunhos de um passado ainda recente, que enaltece as tradições histórico-culturais e que contribuem para o enriquecimento da história de Caneças.

Entre os seus monumentos, destacam-se dois dólmenes (Pedras Grandes e Batalhas), situados no Bairro do Casal Novo e no da Flor do Minho, a Igreja Matriz, o Aqueduto das Águas Livres e o Marco que assinalava o fim de Lisboa.

De épocas mais recentes, ficaram o jardim e o coreto, o chafariz, as fontes e a Quinta das Águas Férreas.

b. O Agrupamento de Escolas de Caneças

O Agrupamento de Escolas de Caneças situa-se na freguesia de Caneças, integrada no Concelho de Odivelas. Este concelho possui uma área de 27,65 quilómetros quadrados e inclui as freguesias de Caneças, Famões, Odivelas, Olival Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião e Ramada.

Caneças é a maior freguesia, em área, do Concelho de Odivelas, com uma superfície de 5,89 quilómetros quadrados e confina com as freguesias de Loures, Ramada, Famões, Casal de Cambra e Almargem do Bispo.

O Agrupamento de Escolas está enquadrado na área pedagógica n.º 7, integrada no Distrito de Lisboa.

Escola E.B. 1 de Caneças (Lg. Vieira Caldas) - Código 237437

Edifício de Plano Centenário, cujo rés-do-chão foi construído em 1952: em 1961, foi ampliado com 1º andar. Posteriormente, foi construído um pavilhão pré-fabricado com duas salas de aula, no espaço destinado ao campo de jogos.

1ºC	Centro de recursos: Sala polivalente/sala de pessoal docente/sala de audiovisuais; Gabinete de atendimento e apoio educativo; Espaço para serviço de refeições; Gabinete da Coordenação; 4 salas de aulas; 1 gabinete de evicção escolar.
1ºC - Anexo	2 salas de aulas.

Escola E.B. 1/JI N.º 1 de Caneças – Código 245124

Edifício construído em 1979, tipo Urbano 3, com dois pisos e seis salas de aula. O pavilhão do JI, com três salas, foi construído posteriormente.

1º Ciclo	Biblioteca Escolar; Sala de pessoal docente, Gabinete EE; 6 salas de aula¸1 gabinete de evicção escolar.
Jardim-de-Infância	2 salas actividades; 1 sala multifunções; Gabinete EE.
1ºC/JI	Refeitório; Gabinete da Coordenadora.
1ºC/JI	Campo exterior.

Escola E.B. 1/JI Cesário Verde – Código 250685

Foi construída em 1987, em terrenos comprados pelos moradores do bairro do Casal Novo e cedidos à Câmara Municipal de Loures pela Associação de Moradores, para a construção de equipamentos sociais.

1º Ciclo	Biblioteca; Sala de pessoal docente; Gabinete de atendimento/Coordenadora; 4 salas de aulas, 1 gabinete de evicção escolar.
Jardim-de-Infância.	Gabinete de EE; 2 salas actividades; 1 sala multifunções.
1ºC/JI	Refeitório/cantina.
1ºC/JI	Polidesportivo coberto; Campo de jogos descoberto.

Escola E.B. 2,3 dos Castanheiros (Escola Sede) – Código 340534

A escola surgiu em 1976 por iniciativa da população local. Começou a funcionar nas instalações de uma das tradicionais fontes de Caneças - a dos Castanheiros. Em 1989, no dia 22 de Abril, foram inauguradas as actuais instalações.

No ano lectivo 1996/97 é criado o Bloco E - estruturas pré-fabricadas provisórias vindas da Escola Superior de Setúbal - com o intuito de colmatar a rotura da rede escolar.

No ano lectivo 2003/04, os pavilhões da Quinta de S. Carlos foram completamente desactivados, devido a orientações da Direcção Regional, passando, a escola, a enviar alunos do 7º ano para a Escola Secundária de Caneças.

O núcleo da escola é, actualmente, constituído por 4 blocos, balneários e um pavilhão provisório – bloco E -, rodeados por uma zona ajardinada. Dispõe ainda de áreas ao ar livre, e campo de jogos.

Bloco A	Serviços de Administração Escolar; Sala de professores; Sala de trabalho; Conselho Executivo; Reprografia; Gabinete SPOE; Centro de Recursos - BE/CRE; Laboratório de Informática; Sala de Directores de Turma/Sala de trabalho de Professores; Gabinete de atendimento de Enc. de Educação; Sala AGG – Audiovisuais; Sala EPIS; 1 gabinete de evicção escolar.

Bloco B	5 Salas de aula; 2 Seminários; 4 Salas específicas - Ciências Naturais, Ciências Físico-Químicas, Educação Tecnológica e Sala adaptada para E.F.; Gabinete do Clube da saúde.
Bloco C	4 Salas de aula; 1 Sala de estudo; 5 Salas específicas - Educação Visual, Educação Visual e Tecnológica, Ciências da Natureza e Educação Musical; 1 seminário; Gabinete de E.E. – Ensino Especial.
Bloco D	Refeitório/Espaço polivalente; Papelaria; Bufete/Sala de convívio alunos; Sala de pessoal não docente.
Bloco E	Sala de professores; 5 Salas de aula; 3 Salas específicas - Educação Visual e Tecnológica, Ciências da Natureza e Educação Musical; Gabinete do clube do Ambiente.
Bloco F	Balneários; Gabinete de Educação Física.

c. Comunidade Escolar

É bastante heterogéneo o meio onde este Agrupamento se insere, tanto no aspecto socioeconómico como cultural.

Verifica-se que uma percentagem da população residente é natural de outras regiões do país ou descende delas. É de salientar, nos últimos anos, o número crescente de população oriunda, numa fase inicial, essencialmente dos PALOP. Actualmente a diversidade dos países de origem é enorme: Brasil, China, países de Leste, Paquistão, etc. Este fluxo de pessoas relaciona-se com a procura de trabalho na zona de Lisboa. A estas novas características demográficas tem-se aliado a crescente precariedade da economia e dos vínculos laborais, havendo um aumento do número de famílias com fracos recursos económicos, assim como a consequente segregação e o risco de conflituosidade.

Proveniência

Portugal;	88%
Brasil;	6,7%
PALOP;	2,7%
Países de Leste;	1,2%
Europa;	1,1%
Ásia.	0,3%

d. Caraterização dos Discentes

O Agrupamento recebe alunos provenientes dos Bairros de Caneças, de Casal Novo e de Ponte da Bica (Concelho de Odivelas) e das localidades de Dona Maria, Camarões e Aruil (Concelho de Sintra). Os alunos destas escolas são provenientes de uma zona que, embora há algum tempo se revestisse de caraterísticas marcadamente rurais, hoje alberga uma população que se desloca diariamente para os grandes aglomerados urbanos mais próximos, onde trabalha.

O grau de instrução da maioria das famílias é reduzido e a sua expectativa em relação à escola também não é grande. Além destes problemas, comuns à população estudantil das zonas limítrofes de Lisboa, esta escola recebe alunos oriundos de instituições de solidariedade social, jovens que são órfãos, abandonados ou retirados às famílias consideradas de risco.

O nível etário dos alunos varia entre os 3 e os 17 anos, sendo provenientes, na sua maioria, das classes média baixa e baixa, havendo um aumento gradual de casos sociais graves e problemáticos que se reflecte na aprendizagem.

Os casos de comportamentos desviantes têm aumentado. A transversalidade da desagregação familiar, (problemas de álcool e toxicodependência de alguns encarregados de educação), desemprego e trabalho precário, entre muitas outras razões, são elementos potenciadores da falta de apoio e acompanhamento por parte das famílias, o que dificulta a aquisição de regras básicas de educação e de convivência social por parte dos alunos.

3- Plano de Ação

a.Pressupostos Teóricos

Segundo Bru (2001,p.51), "nenhum método de recolha de dados pode ser considerado como perfeitamente adequado ao projecto de investigação que o torna necessário ou ainda, como perfeitamente neutro". No entanto, cabe ao investigador recolher e seleccionar a informação pertinente para alcançar o objectivo que pretende, ou seja, nem toda a informação é necessária para auxiliar a responder à pergunta de partida, à problemática que nos propomos estudar, mas a utilização dos instrumentos adequados podem conduzir-nos a resultados de maior validade.

De acordo com Pardal e Correia (1995, p.48), "as técnicas são um instrumento de trabalho que viabilizam a realização de uma pesquisa, um modo de se conseguir a efectivação do conjunto de operações em que consiste o método, com vista à verificação empírica – confrontação do corpo de hipóteses com a informação."

Segundo Hungler e Polit (1995), um instrumento de colheita de dados é um instrumento que permite colher informação necessária, valida e fundamental à realização do trabalho de investigação. O instrumento de colheita de dados deve ser adequado à natureza das variáveis, aos objectivos do estudo e às características da amostra.

Utilizámos o questionário por ser a técnica mais adequada para inquirir um grande número de pessoas e permitir recolher informações que tiveram como objetivo obter dados quantitativos sobre o conhecimento e a perceção dos professores em relação às crianças com DHDA, de forma a poder correlacionar esses dados com as atitudes dos professores em relação a essas mesmas crianças.

Segundo Amorim (1996),

> "trata-se de uma técnica de observação não participante que se apoia numa sequência de perguntas ou interrogações escritas que se dirigem a um conjunto de indivíduos (inquiridos), que podem envolver as suas opiniões, as suas representações, as suas crenças ou várias informações factuais sobre eles próprios ou o seu meio".

b. Condições de Aplicação

O questionário foi o único instrumento utilizado para a recolha de informação.

No decorrer da aplicação do questionário foram tidas em conta algumas considerações, a saber:

Os questionários foram aplicados por administração direta e sem presença do inquiridor;

Informámos os colegas sobre os objetivos do questionário, e frisamos que as informações retiradas só seriam utilizadas para efeitos de pesquisa.

Asseguramos a todos os inquiridos que as respostas teriam um grau de confidencialidade.

c. Caraterização da Amostra

Uma amostra é "um subconjunto de entidades que compõem uma população. Essas entidades que compõem as populações costumam ser chamadas de elementos" (Polit e Hungler, 1995, p. 144).

A nossa amostra é constituída por 50 docentes do ensino público dos diferentes ciclos de ensino a lecionar em Portugal.

De um total de (N=60) inquéritos distribuídos, foram recebidos N=50).

A amostra utilizada no nosso estudo é uma amostra não probabilística ou intencional.

As amostras caem em dois tipos (Dommermuth, 1975 cit. por Ribeiro, 2007): não probabilística e probabilística. Numa amostra não probabilística, também chamada intencional (Smith, 1975 cit. Ribeiro, 2007), a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida.

Smith, 1975 cit. por Ribeiro, 2007, propõe o seguinte tipo de amostras não probabilísticas: Acidentais, homogéneas, heterogéneas, estruturais, de informantes estratégicos.

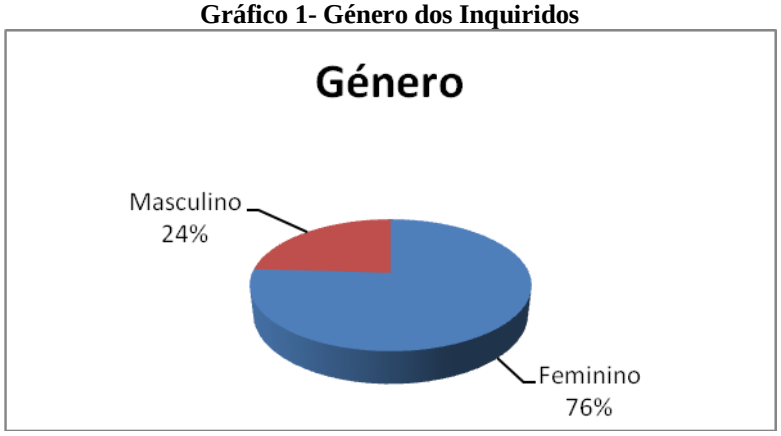
A amostra do nosso estudo é uma amostra intencional heterogénea, a qual pode ser de dois tipos, amostra representativa e amostra por quotas.

A nossa amostra é uma amostra representativa, que segundo Ribeiro, J.L. (2007), é amostras intencionais heterogéneas, em que um conjunto de indivíduos que possuem a variável é intencionalmente escolhido para garantirem a amplitude da representação da variável.

Capítulo IV- Apresentação dos Resultados

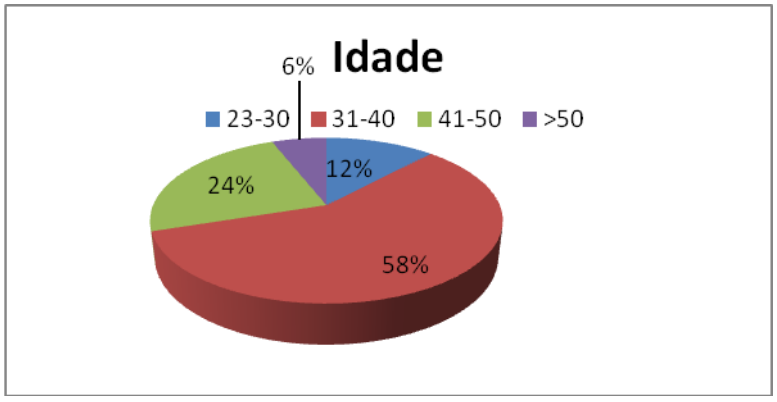
1- Apresentação dos resultados

Gráfico 1- Género dos Inquiridos



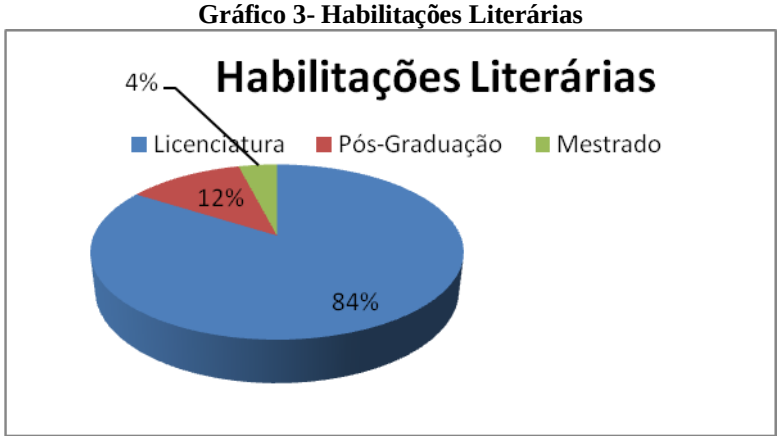
Como comprova o gráfico da totalidade dos 50 professores inquiridos 38 são do sexo feminino e 12 do sexo masculino.

Gráfico 2- Idade



Dos inquiridos 6 têm idades compreendidas entre os 23-30 anos, 29 entre os 31-40 anos, 12 entre os 41-50 anos, e 3 com mais de 50 anos.

Gráfico 3- Habilitações Literárias

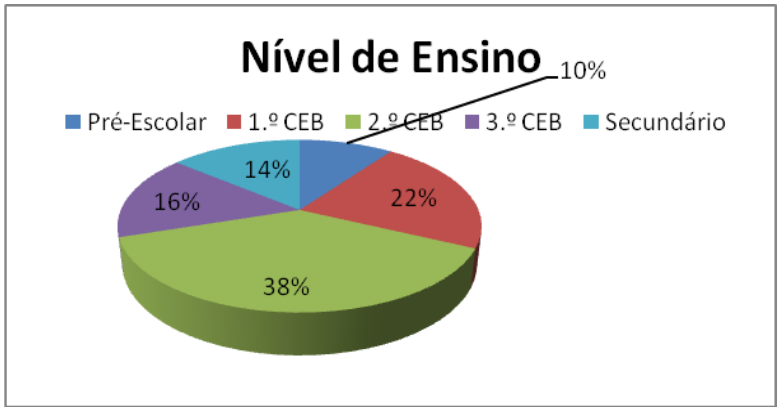


Dos inquiridos 42 são Licenciados, 6 têm uma Pós Graduação e 2 são Mestrados.

Gráfico 4- Situação Profissional

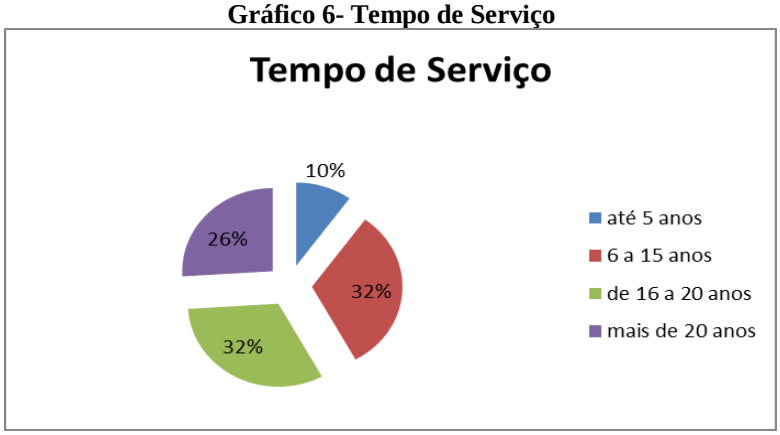
Dos professores inquiridos 13 pertencem ao Quadro de Escola, 24 ao Quadro de Zona pedagógica e os restantes 13 são Contratados.

Gráfico 5- Nível de Ensino



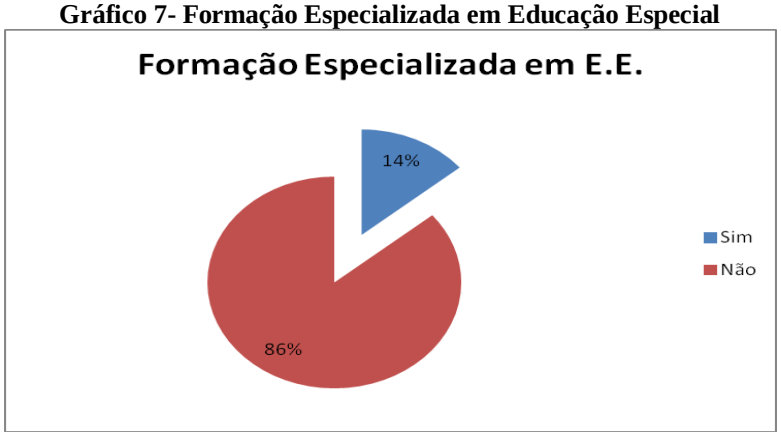
No gráfico, nível de ensino, encontramos 5 docentes a lecionar no pré-escolar, 11 no 1º ciclo, 19 a lecionar no 2º ciclo, 8 no 3º ciclo e 7 a lecionar ao nível do secundário.

Gráfico 6- Tempo de Serviço



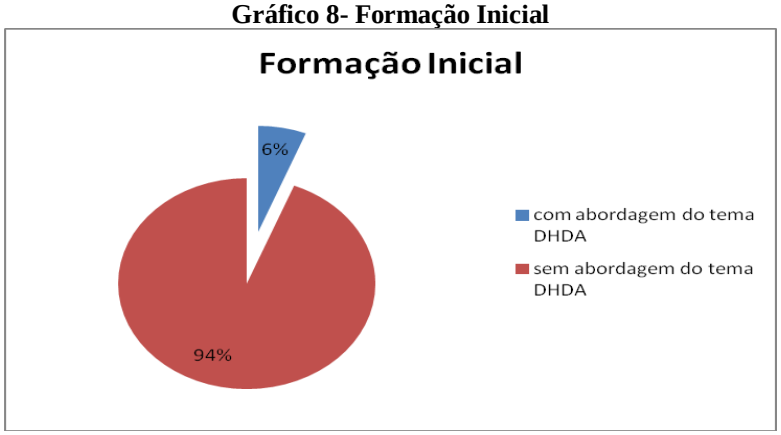
Em relação ao tempo de serviço, 5 respondeu ter até 5 anos de experiencia, 16 ter entre 6 a 15 anos de serviço, e igualmente 16 entre os 16 e os 20 anos de tempo de serviço. Os restantes 13 responderam ter mais de 20 anos de tempo de serviço.

Gráfico 7- Formação Especializada em Educação Especial



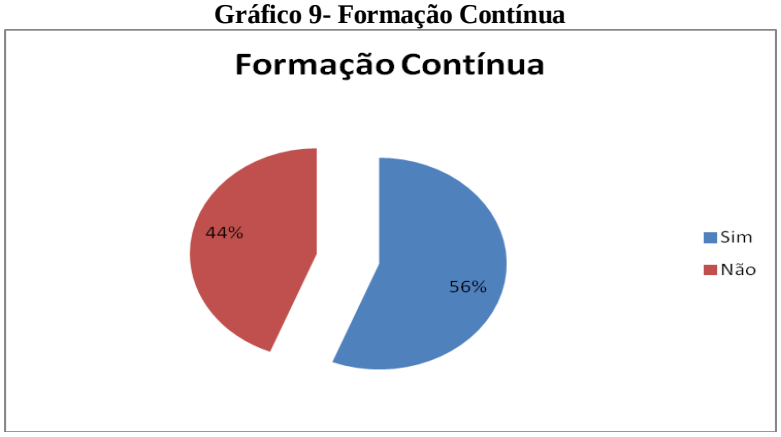
Em relação à formação especializada verificamos que apenas 7 inquiridos têm esse tipo de formação, enquanto que 43 docentes não apresentam conhecimentos a esse nível.

Gráfico 8- Formação Inicial



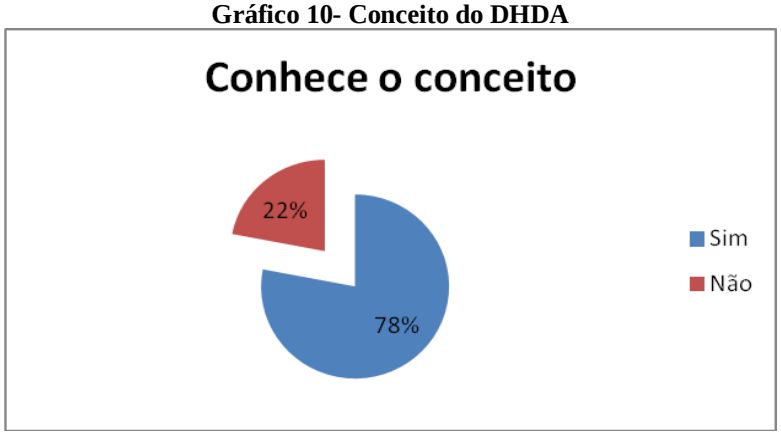
A resposta da maioria dos professores foi não. Apenas 3 docentes responderam ter abordado o tema na sua formação inicial.

Gráfico 9- Formação Contínua



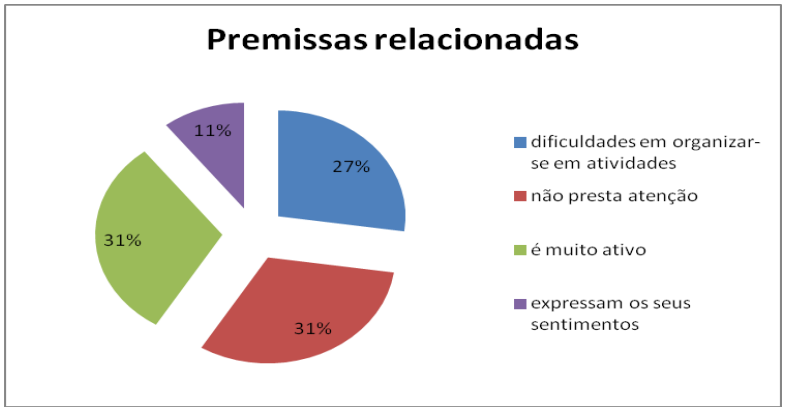
A esta resposta 28 dos inquiridos responderam que fizeram formação contínua específica sobre o DHDA, 22 docentes responderam que não tiveram qualquer formação.

Gráfico 10- Conceito do DHDA



Podemos verificar que 39 dos inquiridos confessam saber a definição de DHDA, enquanto 11 dos inquiridos, uma taxa bastante elevada no nosso entender, confessa ainda não saber a definição para a síndrome.

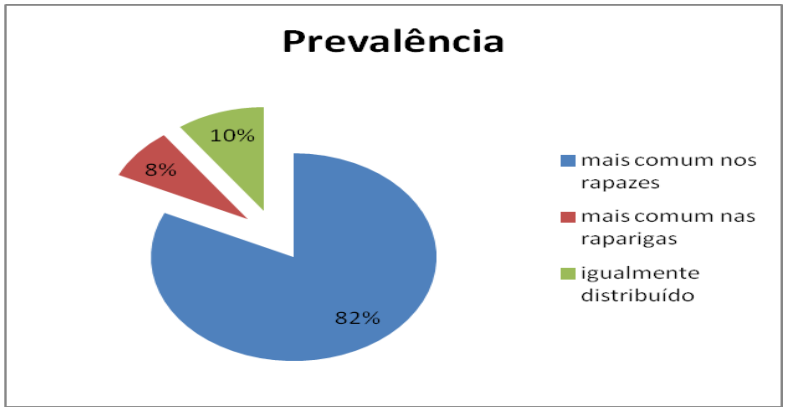
Gráfico 11- Premissas Relacionadas com o DHDA



Nesta questão, 45 dos inquiridos colocou em primeiro lugar a premissa que nos diz que o aluno não presta atenção ao que se lhe diz, logo a seguir 44 das respostas escolheram a premissa que nos diz que o aluno é frequentemente muito ativo, ou comporta-se como se fosse puxado por "motor interno".

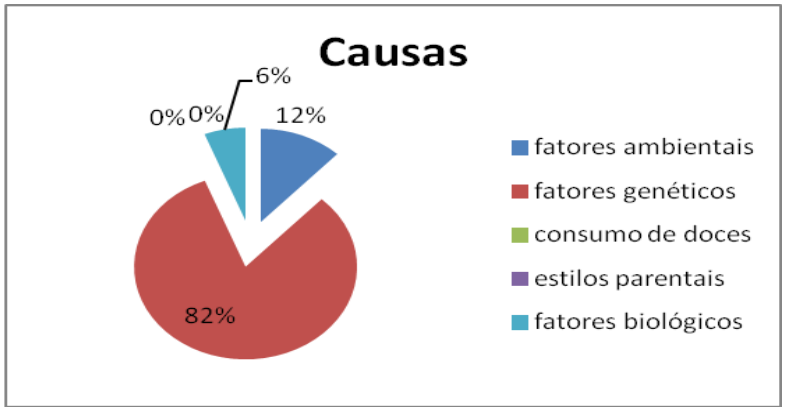
Na premissa onde se encontram as dificuldades de o aluno se organizar em tarefas ou atividades, obtivemos 39 docentes a escolher esta opção, e, finalmente, apenas 15 docentes optaram pela premissa que nos diz que estas crianças expressam os seus sentimentos.

Gráfico 12- Prevalência



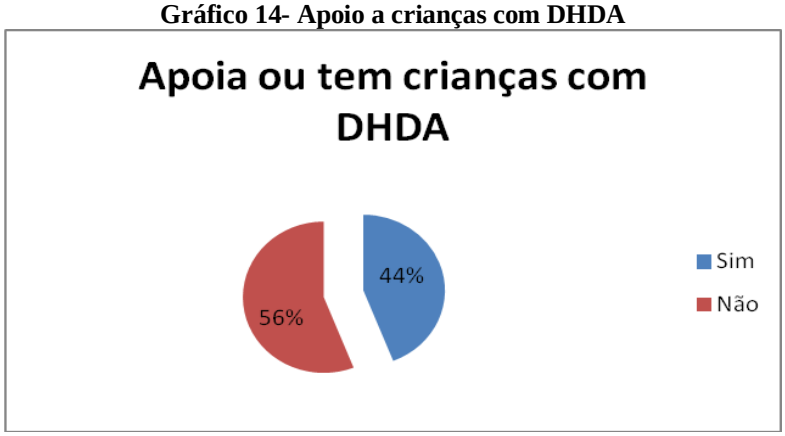
Nesta questão, a maioria dos docentes, 41, expressaram que o DHDA é mais comum nos rapazes. Somente 5 docentes referiram que esta síndrome é igualmente comum tanto nos rapazes como nas raparigas, e 4 escolheram ser mais comum nas raparigas.

Gráfico 13- Causas do DHDA



Os inquiridos na maioria, 41, escolheram os fatores genéticos como a causa principal do DHDA, seguiram-se os fatores ambientais com 6 respostas e finalmente com 3 resposta apareceram os fatores biológicos.

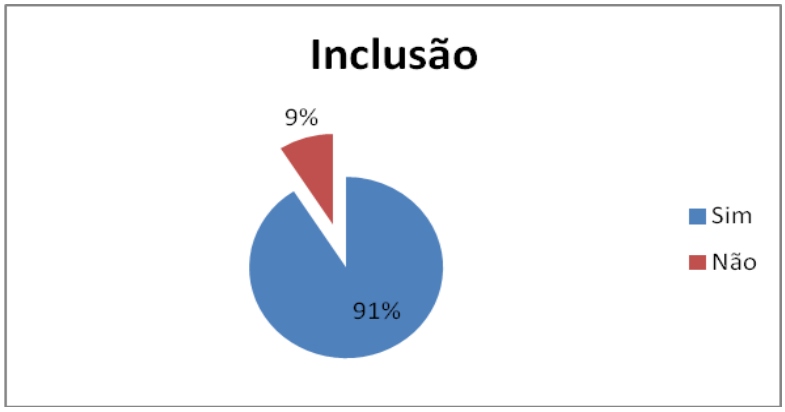
Gráfico 14- Apoio a crianças com DHDA



Relativamente ao professor apoiar crianças com DHDA 22 responderam que têm nas suas turmas alunos com estas características, e os restantes 28 responderam que não.

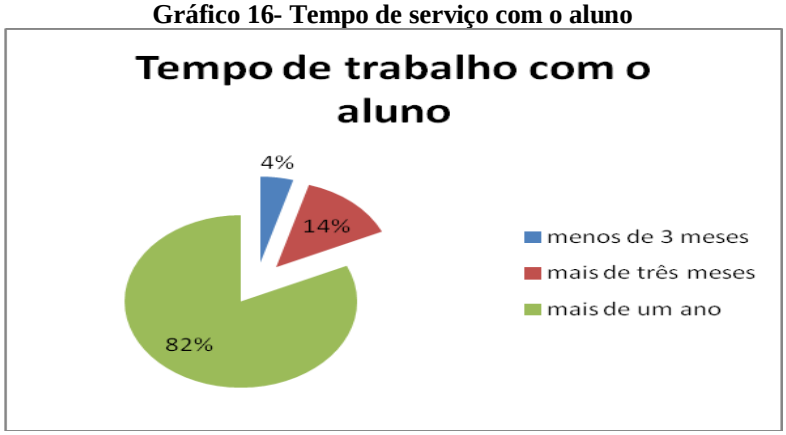
De salientar que os nossos dados a partir daqui vão apenas cingir-se aos 22 professores que apoiam crianças com DHDA

Gráfico 15- Inclusão



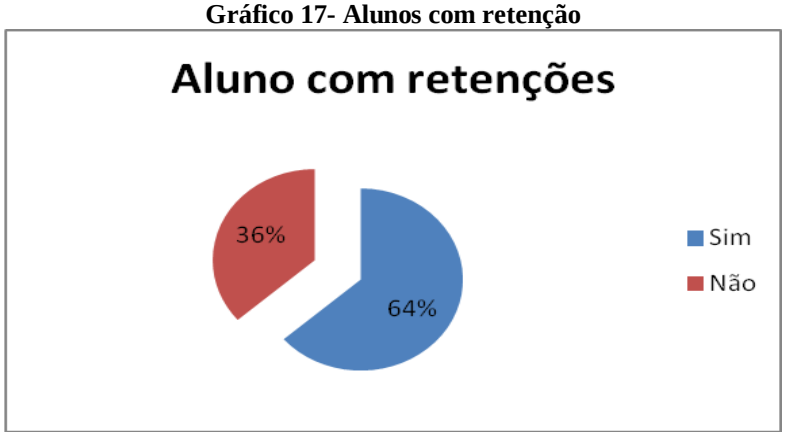
Em relação a este gráfico verificamos que 20 dos inquiridos que atendem crianças com DHDA nas suas salas concorda com a inclusão e apenas 2 docentes preferia manter afastadas estas crianças das suas turmas regulares.

Gráfico 16- Tempo de serviço com o aluno



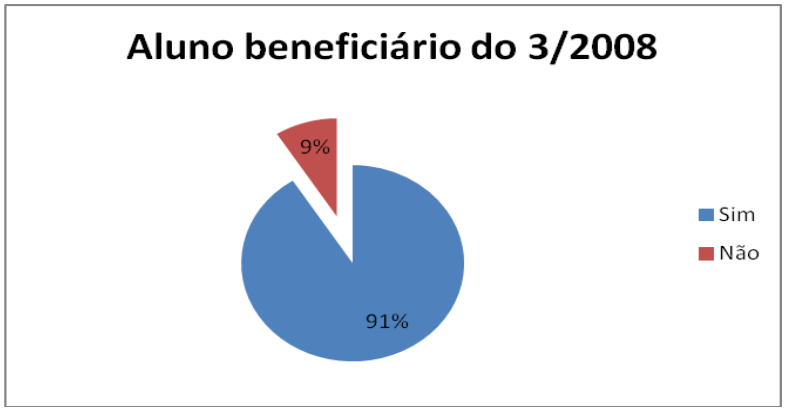
Nesta questão verificamos que 18 docentes já trabalham com o aluno há mais de um ano, 3 há mais de 3 meses e apenas 1 docente trabalha há menos de 3 meses com o aluno.

Gráfico 17- Alunos com retenção



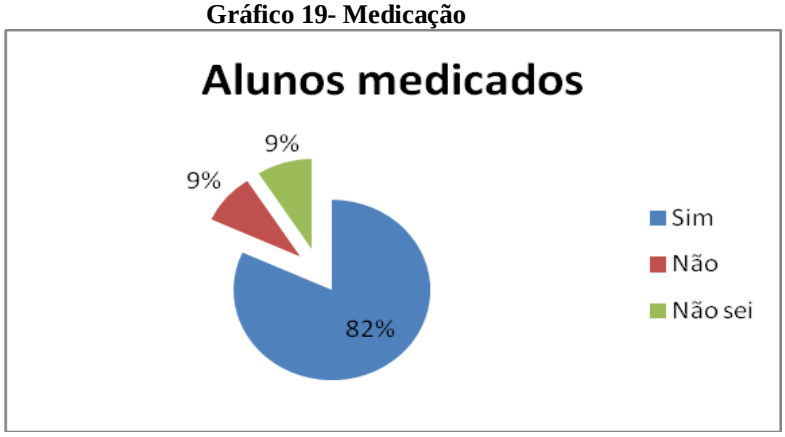
Neste gráfico verificamos que 14 professores afirmaram que os alunos em estudo já obtiveram retenções no seu percurso escolar, e 8 dos docentes declararam que os seus alunos nunca ficaram retidos.

Gráfico 18- Alunos do 3/2008



Neste gráfico verifica-se que 20 docentes responderam que estes alunos estão a beneficiar das medidas educativas previstas no Decreto- Lei 3/2008, e somente 2 docentes referiram que os seus alunos não estão abrangidos por o referido decreto.

Gráfico 19- Medicação

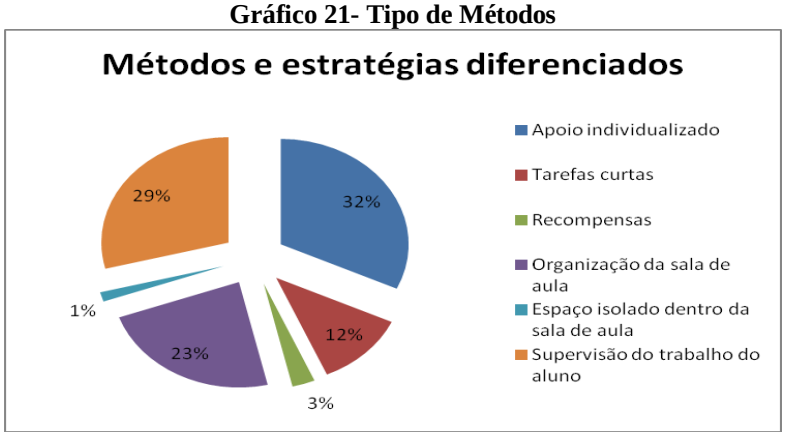


Através da análise do gráfico podemos concluir que quase todos os alunos com Distúrbio Hiperativo e Défice de Atenção estão a ser medicados, 18 dos professores afirmam que sim, 2 dos professores referiram que não e os restantes 2 salientaram que não sabem se estão ou não a tomar medicação.

Gráfico 20- Métodos diferenciados

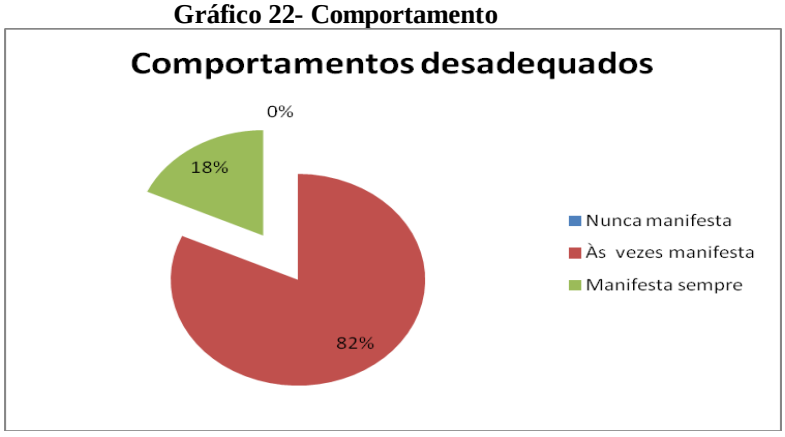
Como comprova o gráfico a totalidade dos inquiridos referiu que aplica métodos e estratégias diferenciadas aos referidos alunos.

Gráfico 21- Tipo de Métodos



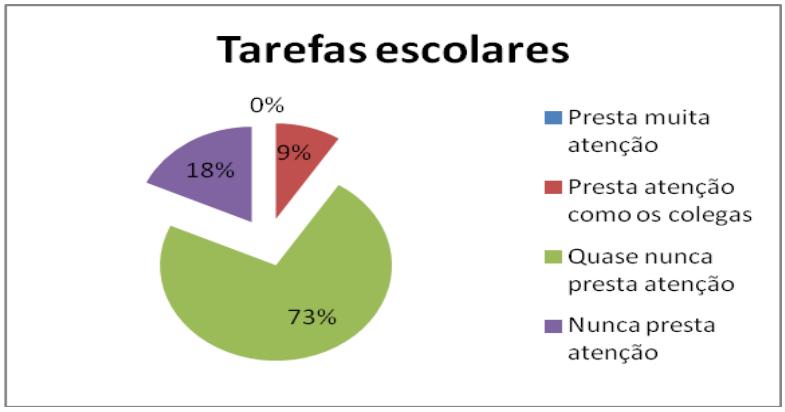
Nesta questão o método mais referido pelos inquiridos foi o Apoio Individualizado com 22 respostas, seguiu-se a Supervisão do trabalho do aluno com 20 respostas e com 16 respostas surgiu a Organização da sala de aulas. Apenas 8 docentes referiram as Tarefas Curtas como estratégias diferençadas, 2 docentes as Recompensas e finalmente 1 docente escolheu a opção Espaço Isolado dentro da sala para o aluno sempre que este necessite.

Gráfico 22- Comportamento



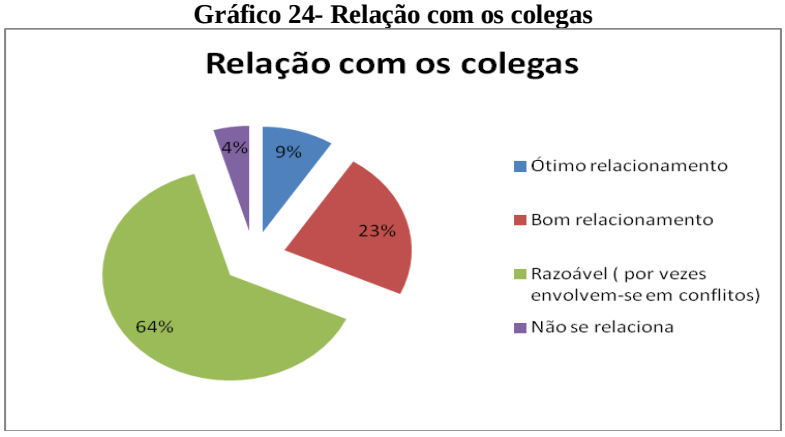
No gráfico 19, os professores manifestaram-se quanto ao comportamento dos alunos, e verifica-se que 18 dos inquiridos confessou que os alunos com DHDA às vezes manifestam comportamentos desajustados. Quatro desses docentes afirmaram mesmo que esses alunos manifestam sempre comportamentos desadequados.

Gráfico 23- Tarefas



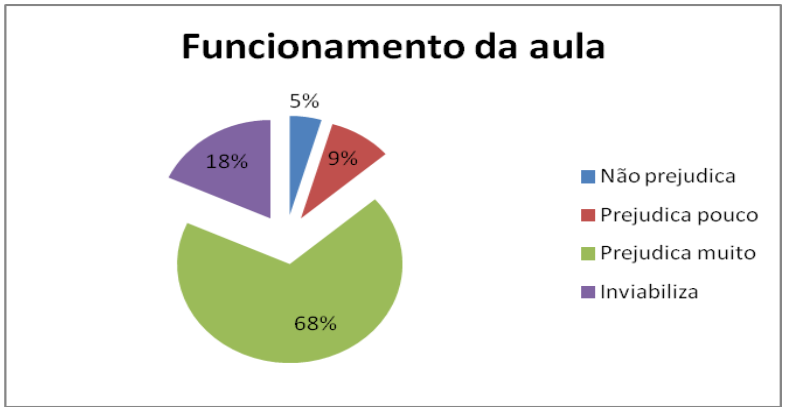
Nesta pergunta, que se refere à atenção do aluno com DHDA, relativamente às tarefas escolares, 16 dos docentes responderam que os alunos com DHDA, quase nunca prestam atenção às tarefas dadas. De seguida, 4 dos professores responderam que nunca prestam atenção, e 2 docentes responderam que o aluno presta atenção de igual forma, como os outros colegas.

Gráfico 24- Relação com os colegas



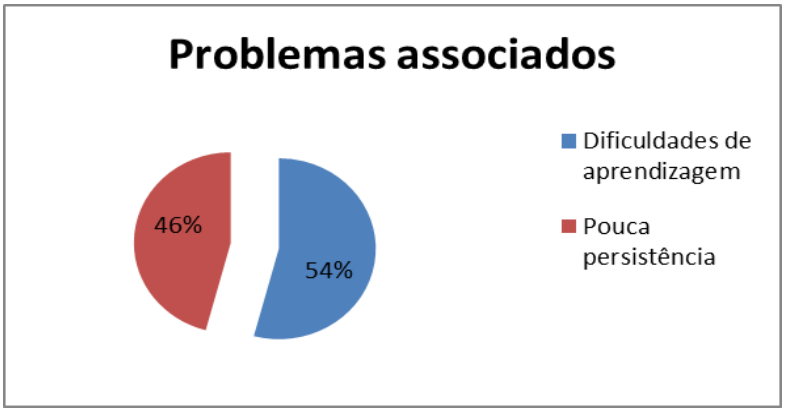
Relativamente ao comportamento inter-relacional com os colegas, 14 dos professores responderam que os alunos com DHDA têm um relacionamento razoável com os colegas, envolvendo-se por vezes em conflitos. Cinco docentes referiram que mantêm um bom relacionamento, 2 responderam que têm um ótimo relacionamento e apenas 1 respondeu que estes alunos não se relacionam com os colegas, pois envolvem-se sistematicamente em conflitos.

Gráfico 25- Funcionamento das aulas



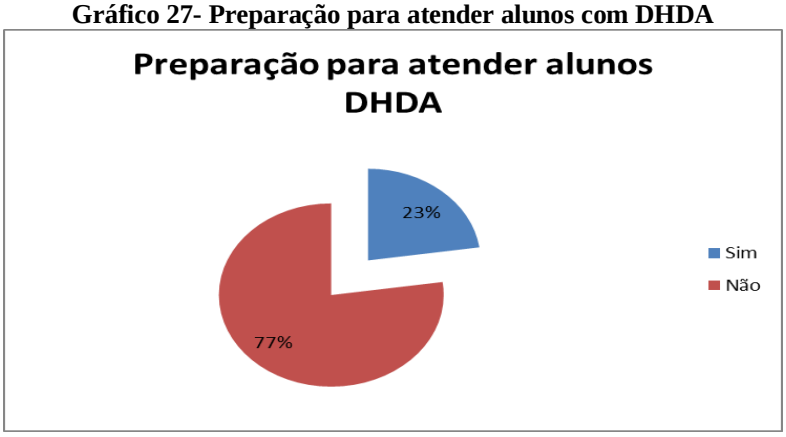
Relativamente ao funcionamento da sala da aula, 15 dos professores são da opinião que o comportamento dos alunos com DHDA prejudica muito o funcionamento da sala de aula, enquanto que 4 docentes consideram que estes alunos inviabilizam o funcionamento da sala de aula. Dois docentes referiram que o comportamento dos alunos com DHDA prejudica pouco o funcionamento da sala e apenas 1 docente respondeu que o comportamento dos alunos com DHDA não prejudica o funcionamento da sala de aula.

Gráfico 26- Problemas associados



No gráfico 26, 13 dos docentes inquiridos responderam que as dificuldades de comportamento estão associados aos alunos com DHDA, já 11 dos docentes são da opinião que a pouca persistência e a baixa motivação é também um problema que geralmente esta associado a estes alunos.

Gráfico 27- Preparação para atender alunos com DHDA



Como comprova o gráfico a maioria dos inquiridos, 17, não se sente preparado para atender alunos com DHDA, apenas 5 docentes responderam afirmativamente a esta questão.

2- Análise e Discussão dos Resultados

Iniciamos esta análise salientando que a maior parte dos inquiridos, demonstra ter conhecimento sobre o conceito de DHDA. No geral, à questão que se pedia para assinalar as premissas que estão relacionadas com DHDA os inquiridos souberam escolher aquelas que mais relacionavam com este distúrbio.

Fazendo uma análise ao estudo realizado, verificamos que a maior parte dos professores refere que não teve formação inicial sobre este distúrbio, o que nos leva a questionar se a formação inicial de professores oferece preparação adequada aos docentes para lidarem com alunos com necessidades educativas especiais.

Um estudo realizado por Monteiro (2000), no nosso país, que tinha como objetivo obter um melhor conhecimento das perceções dos professores face à formação necessária para tornar a inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais uma realidade, revelou-nos que os professores estavam pouco preparados para atender à diversidade dos alunos na sala de aula.

A este respeito, Cró (1998) refere que os futuros professores não saem devidamente preparados para se confrontarem com a realidade, especialmente para os problemas que as suas práticas lhe irão pôr no dia-a-dia.

Continuando a nossa análise, verificamos que na formação contínua os inquiridos, na maior parte, responderam que já realizaram formação sobre o DHDA, daqui depreendemos que cada vez mais os docentes sentem a necessidade de se atualizar e inovar as suas práticas letivas.

Como nos diz a literatura

> "Pensar numa educação inovadora, de qualidade, requer obrigatoriamente colocar deveres e questões sobre o trabalho pedagógico e a formação dos professores. Nesse sentido existe um consenso generalizado de que a educação e a formação de qualidade dos alunos é praticamente irrealizável à margem de uma formação também de qualidade relevante e efetiva dos professores" (Amiguinho et al., 1994, p. 97).

Na questão sobre a prevalência do DHDA as respostas foram maioritariamente respondidas que o DHDA é mais comum nos rapazes. Fazendo uma revisão da literatura, existem estudos que indicam que este tipo de perturbação apresenta maior incidência nos rapazes que em raparigas. O mais frequentemente apontado é de 6 rapazes para 1 rapariga (Barkley,2006).

Verifica-se aqui uma consonância entre o estudo realizado e literatura existente.

Em relação às causas do DHDA, os docentes inquiridos responderam os fatores genéticos como a causa principal do DHDA, seguindo-se os fatores ambientais, e finalmente os biológicos.

A etiologia não é ainda bem conhecida, mas estudos recentes apontam uma forte componente genética tal como fatores ambientais como a prematuridade, consumo de álcool e tabaco no período pré-natal, entre outros (Rowland, A., e col., 2002).

A maioria dos docentes que lidam diariamente com alunos com DHDA mostraram-se a favor da inclusão destes alunos nas suas salas de aula.

Na questão onde se questiona os docentes se os alunos com DHDA já ficaram retidos durante o seu percurso escolar, 14 dos inquiridos responderam que sim.

Neste ponto referimos que é muito comum estarem associados a estas crianças dificuldades de aprendizagem, e por este motivo não é de espantar que tenham mais dificuldades em manter um percurso escolar normal.

Estas crianças tal como referimos na revisão da literatura podem apresentar dificuldades de aprendizagem, o que pode ser ainda mais agravado pela dificuldade na relação com os pares.

Como diz Lopes (2004) " …as crianças hiperativas têm desempenhos inferiores às crianças normais". Ao nível cognitivo, a impulsividade afeta o desempenho escolar, pois estas crianças respondem sem antes passarem pelo processo de análise da informação recebida, assim, estas crianças podem revelar grandes dificuldades na área da leitura, escrita e matemática.

Ficamos satisfeitos em perceber que a maioria dos alunos com DHDA está a beneficiar das medidas previstas do Decreto. Lei 3/2008.

O dito decreto consagra princípios, valores e instrumentos fundamentais para a igualdade de oportunidades.

Confirmou-se que a maioria dos alunos é medicado.

De referir que, a medicação melhora a atenção, diminui os comportamentos de agressividade e melhora o autocontrolo.

Segundo Falardeau (1997), o tratamento através da medicação costuma dar imensos resultados, as próprias crianças em relato ao autor, confessam que desde que tomam a medicação se sentem mais capazes e muito mais controladas. Todos os

desempenhos da criança vão sendo cada vez maiores e mais pacíficos aos olhos dos outros.

Na questão onde se pergunta se aplicam métodos ou estratégias diferenciadas aos alunos, os inquiridos responderam na sua grande maioria que sim.

Nesta questão citaram o apoio individualizado como a estratégia mais implementada dentro da sala de aula, seguindo-se a supervisão do trabalho do aluno. Com 16 respostas surge a organização da sala. As tarefas curtas, as recompensas e um espaço isolado para o aluno, surgem com uma percentagem muito diminuta.

Daqui depreendemos que a maioria dos docentes continua a utilizar os métodos mais tradicionais e os que na realidade são mais práticos.

Analisando a opinião dos docentes em contexto escolar com alunos com DHDA, percebemos que estes alunos manifestam às vezes comportamentos desadequados.

Em relação às tarefas escolares os docentes referem que os seus alunos quase nunca prestam atenção ao que lhes é pedido. Mantêm uma relação de conflitos com os colegas e prejudicam muito o funcionamento normal da sala de aula.

Podemos dizer que existem aqui algumas polémicas relativamente ao estudo do contexto escolar. Por um lado os docentes inquiridos estão de acordo, na sua maioria, com a inclusão destes alunos, por outro lado, verifica-se que em contexto de sala de aula, os docentes referem que estes alunos prejudicam muito o funcionamento do decorrer normal das suas práticas.

A vantagem da inclusão é o aspeto mais importante a realçar desta questão, indo de encontro ao que acima se tinha tratado quando se falou dos pressupostos fundamentais da escola inclusiva.

Através dos gráficos acima, concluímos que a experiência profissional dos professores interfere diretamente na sua forma de olhar para a inclusão de alunos com DHDA. Neste sentido, depreendemos que à medida que melhor vão conhecendo a realidade escolar e os diferentes tipos de alunos, os professores tornam-se mais favoráveis ao processo de inclusão, considerando desta forma que é vantajoso para estes alunos estarem integradas no ensino regular.

Considerações Finais

Chegados ao final deste trabalho sentimos uma enorme satisfação pela oportunidade que tivemos em retratar um tema tão complexo como a Hiperatividade.

Partimos para este estudo convictos que seria um tema pertinente de abordar, e constatámos que o tema, além de controverso, nos deu bastante satisfação, pois é um tema em voga no nosso círculo tão vasto de profissionais.

Recorremos a uma revisão bibliográfica pertinente e procuramos que ela fosse o mais recente possível, embora em alguns casos o que foi escrito e investigado, já não seja recente, contudo, mantém o seu valor científico.

A análise dos resultados obtidos, sugere que a problemática da inclusão dos alunos DHDA no Ensino Regular é complexa e sujeita a algumas influências.

Relativamente à primeira hipótese, onde pretendíamos analisar **se os professores atendem os alunos com DHDA de forma diferente, em função do seu nível de ensino** podemos verificar que em parte esta hipótese não se confirmou, já que nas escolas e nos diferentes níveis de ensino a maioria das respostas são a favor da inclusão.

No que diz respeito à segunda hipótese, onde tencionávamos analisar **se o tempo de serviço é determinante para o atendimento e para a inclusão dos alunos com DHDA,** constatamos que a experiência profissional dos professores interfere diretamente na sua forma de olhar para a inclusão de alunos com DHDA. Neste sentido, depreendemos que à medida que melhor vão conhecendo a realidade escolar e que vão lidando com diferentes tipos de alunos, os professores se tornam mais favoráveis ao processo de inclusão, considerando desta forma que é vantajoso para estes alunos estarem integradas no ensino regular.

No que respeita à terceira hipótese, onde pretendíamos averiguar **se a formação inicial dos professores é adequada para intervir com alunos DHDA,** apuramos que a formação inicial dos professores não os ajuda a poder lidar diretamente com estes alunos, sente-se a necessidade por parte destes em investir mais na atualização de novas metodologias de ensino que lhe facilitem a envolvência com alunos NEE, sendo estes quem sejam.

Segundo Correia & Martins (2000), os resultados de alguns estudos indicam que os professores titulares de turma relatam que as exigências educativas são maiores

quando têm alunos com NEE nas suas turmas, pois sentem uma tensão adicional que, para além de diminuir a sua habilidade para dar atenção às necessidades académicas e sociais destes alunos, aumenta a sua frustração e angústia. O mesmo autor refere que, os professores temem a filosofia de inclusão quando não lhes são disponibilizados recursos humanos e materiais, tempo e formação necessários para a implementarem com sucesso.

Ao refletirmos sobre este tema, ficamos cientes que a inclusão, exige não só o suporte de instrumentos legislativos, mas também uma modificação na educação em geral, que permita que a escola satisfaça as diferentes necessidades educacionais das crianças, cada vez mais heterogéneas. Esta mudança, contudo, terá que ser compatível com o desenvolvimento de um adequado sistema de apoio nas salas de aula regulares para todos os alunos, para a inclusão passar de utopia a realidade.

As mudanças em educação são lentas, levando anos para serem planificadas e implementadas. Citando João Barroso (citado em Bairrão, 1998) "as coisas não mudam por decreto", mas através do trabalho conjugado dos diferentes intervenientes no processo educativo, sendo necessário compreender aquilo que os participantes valorizam e acreditam, bem como aquilo que praticam (Vaughn &Schummm, 1995).

Bibliografia

Abreu, L. et al (1990). *Ideias e Histórias.* Lisboa: Ministério da Educação: Instituto de Inovação Educacional.

Ainscow, M., 1997, *Caminhos para as Escolas Inclusivas, Educação para Todos: Torná-la uma Realidade*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Ainscow, M. (2000). O processo de desenvolvimento de práticas mais inclusivas em sala de aula. British Education Research Association: Cardiff

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e* estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi Editores.1

Amiguinho, A & Canário, R. (1994). *Escola e Mudança: O Papel dos Centros de Formação.* Lisboa: Educa Professores.

Barkley, R. A. (1998). Attencion *Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for diagnosis and treatment.* NewYork: Guilford Press.

Bautista, R. (Coord.), (1997). Necessidades Educativas Especiais. Lisboa: Dinalivro.

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

Caldeira, E.; Paes, I.; Micaelo, M. & Vitorino, T. (2004); Aprender com a Diversidade. Um guia para o Desenvolvimento da Escola. Lisboa, ACIME/DEB

Campos, B. P. (2002). Políticas de formação de profissionais de ensino em escolas autónomas. Porto: Edições Afrontamento.

Carvalho, F. (2007) – Escola para Todos? Perspectiva da Ecologia Humana. In Rodrigues, D. (Org.). Aprender juntos para aprender melhor. Lisboa: Fórum para a Educação Inclusiva - Fac. de Motricidade Humana.

Conselho Nacional de Educação, 1999, Uma Educação Inclusiva, a partir da escola que temos. Lisboa: CNE.

Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. ONU, 20 de Novembro de 1989.

Costa, A. M. B. (1997). Caminhos para as Escolas Inclusivas. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Correia, J. A. (1996) Os Lugares Comuns na Formação de Professores. Porto: Edições Asa.

Correia, L. M. (1997) Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. & Martins, A.P.L. (2000). Uma escola para todos: Atitudes dos professores perante a inclusão. Inclusão,1.

Correia, L.M. (2005). Inclusão e Necessidades Educativas Especiais- Um guia para educadores e professores.

Correia, L. (2008) Inclusão e Necessidades Educativas Especiais- Um guia para educadores e professores.2ª Ed. Porto: Porto Editora.

Cró, M. L. (1998). Formação Inicial e Contínua de Educadores/Professores. Porto: Porto Editora.

Cuberos, M., Garrido, A., Rivas, A., Jiménez, R., Pacheco, D., Garcia,T., Martín, M., Vázquez, I., Contreras, M., Moreno, L., Citoler, S., Sampedro, M., Ruiz, J., Ortega, J., Munoz, J., Blasco, G., Manjón, D., Rodriguez, C., Hernández, A., Motta, A., Sanz, R., Díaz, J., Valencia, R., Ruiz, E., Gil, J., Jiménez, R., Prado, F., Sánchez, M., Bueno, S. & Resa, J. (1997). Necessidades Educativas especiais. Lisboa: Dinalivro.

Declaração de Salamanca, UNESCO. Madrid, Espanha, 1994.

Dicionários Editora (2003). Dicionário da língua portuguesa. Porto: Porto Editora.

Dicionários Editora (2006). Dicionário da língua portuguesa. Porto: Porto Editora.

Doron, R. & Parot, F. (2001). Dicionário de psicologia. Lisboa: Climepsi Editores.

Dupaul, J. & Stoner, G. (2007). TDAH nas escolas: Estratégias de avaliação e Intervenção. S. Paulo: M. Books.

Eagly, A. H., & Chaiken, S., (1993). The psychology of attitudes. Forth Worth: Harcourt Brace Jovanovich

Falardeau,G. (1999). As crianças hiperactivas. Mem-Martins: Edições Cetop.

Felgueira, I. (1994). As Crianças com Necessidades Educativas Especiais: Como as Educar?. Revista do Instituto de Inovação Educacional, Vol. 7.

Fernandes, A. (2001). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. Acta Pediátrica Portuguesa, nº 32, pp.91-98. Lisboa: Unidade de Desenvolvimento Infantil, Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

Fonseca, V. (2004). Dificuldades de aprendizagem. Lisboa: Âncora.

Fonseca, V. (1997). Educação Especial. Lisboa: Editorial Noticias.

Fonseca, V. (1982). A Educação especial integrada. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Fortin, M. F. (1996). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas.

Garcia, I. M. (2001). Hiperactividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância. Amadora: Mcgraw-hill.

Gil, A. C. (1995). Como elaborar projectos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas.

Jiménez, Rafael Bautista (1997). Uma escola para todos: A Integração Escolar. In Necessidades Educativas Especiais. Lisboa: Dinalivro.

Lima, M. (2004). Atitudes: Estrutura e Mudança In Psicologia Social. Serviço de Educação e Bolsas. Fundação Calouste Gulbenkian.

Lino, T. (2005). Distúrbio do défice da Atenção. Versão Electrónica (retirado a 18 de Setembro de 2006). Disponível em: www.psicologia.pt.

Lopes, J. A. (2004). A hiperactividade. Coimbra: Quarteto.

Lorente, A. & Ávila, C. (2004). Como viver com uma criança hiperactiva: Comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar. Porto: Edições Asa.

Manzano, S. E. (1989). Introduccion a la Educacion Especial: Perspectivas Escolares. Editorial Complutensa.

Martín, M. & Renauld, M. (coord.) (2009)- Aspectos clave de la Educatión Inclusiva. Publicaciones del INICO. Salamanca: Colección Investigación.

Monteiro, I. (2000). Percepções dos professores do ensino básico acerca de alunos com dificuldades de aprendizagem e/ou problemas de comportamento: um estudo exploratório a propósito da inclusão educativa. Dissertação de Mestrado (não publicada), Universidade do Minho: I.E.P.

Niza, S. (1996). Necessidades Espaciais de Educação: da Exclusão à Inclusão na Escola Comum. Revista do Instituto de Inovação Educacional, Volume 9, n.º 1 e 2.

Pacheco, J. A. B. (1995). *Formação de professores: Teoria e praxis.* Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Parker, H. C. (2003). Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade. Porto: Porto Editora.

Polit, D. & F. Hungler, B. P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

Portugal, Ministério da Educação – Decreto-lei nº3/2008, de 7 de Janeiro.

Porter G.(1995). Organização das Escolas: Conseguir o acesso e a qualidade através da Inclusão. Conferência Mundial sobre NEE: Acesso e Qualidade, Salamanca 4 a 10 Junho. Prospecção, Volume XXV, n.º 2, Junho.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V (1998). Manual, investigação em ciências sociais. Lisboa: Gravida Editores.

Rebelo, J. (1997). Como ajudar alunos com hiperactividade nas escolas. Psychologica

Rodrigues, D. (1995). Educação Especial – Deficiência Motora. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica.

Rodrigues, D. (1994). Necessidades e Dimensões da Formação Contínua de Professores de Educação Especial. Integrar, Volume 4.

Rodrigues, D. & Magalhães, M. B. (2007). Aprender juntos para aprender melhor. Cruz Quebrada: FMH

Salgueiro, E. (2002). Crianças Irrequietas. 2º Edição. Lisboa: ISPA.

Sanches, I. R. (1995). Professores de Educação Especial – da Formação às Práticas Educativas. Porto: Porto Editora.

Sanches, I. & Teodoro, A. Da Integração à Inclusão Escolar: Cruzando Perspectivas e Conceitos. Revista Lusófona de Educação, 2006, vol.8, p.63-83.

Santos, M. P.(2005). Desenvolvendo políticas e práticas inclusivas "sustentáveis": uma revista à inclusão. Mimeo.

Sauvé, C. (2006). Crescer & Viver: Domesticar a hiperactividade e o défice de atenção. Lisboa: Climepsi Editores.

Semmel, M. I., Abernathy, T. V., Butera, G., & Lesar,S. (1991). Teacher perceptions of the regular education.

Serrano, J. (2007). Sala de Aula: Porta para a realidade ou utopia da educação inclusiva?.In David Rodrigues (Org.). Aprender juntos para aprender melhor. Lisboa: Fórum para a Educação Inclusiva - Fac. de Motricidade Humana.

Silva, A. (2005). Mentes inquietas: compreender o distúrbio do défice de atenção (DDA). Cascais: Editora Pergaminho, Lda.

Silva, R. A. & Sousa, L. A. (2005). Aspectos linguísticos e sociais relacionados ao transtorno de defict de atenção/hiperactividade. Revista CEFAC, vol.7, nº3, pp. 259-299. São Paulo.

Sim-Sim, I., ed lit. (2005)- Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da Criança ou da Escola?. 1ª edição. Lisboa: Texto Editores.

Simon, J. A. (1991). Integração Escolar das Crianças Deficiente. Porto: Edições Asa.

Sosin, David & Myra (2006). Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade. Porto: Porto Editora.

Telmo, I. C. O Contributo da Família para a Construção de uma Sociedade. Revista da Educação. Educação Especial, n.º 10, 1995.

Uma Educação Inclusiva a partir da escola que temos (1999). Conselho Nacional de Educação.

Vasquez, I. (1997). Hiperactividade, avaliação e tratamento. Necessidades educativas especiais. Lisboa: Dinalivro.

Veríssimo, A. (2000)- Registos de observação na avaliação do rendimento escolar dos alunos. Porto: Areal Editores.

Villar, I. (1998). Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para Padres y Educadores.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Diversidade

Apêndices

Apêndice1

Questionário

PARTE I - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Sexo:

Feminino ❑ Masculino ❑

Idade:

a) 23-30❑
b) 31-40❑
c) 41-50❑
d) ...+50❑

Habilitações Literárias:

Bacharelato ❑
Licenciatura ❑
Pós Graduação ❑
Mestrado ❑
Doutoramento ❑

Situação Profissional:

a) QE ❑
b) QZP ❑
c) Contratado ❑

Nível de Ensino:

a) Pré-Escolar ❑
b) 1ºCEB ❑
c) 2ºCEB ❑
d) 3ºCEB ❑
e) SEC ❑

PARTE II – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL/ FORMAÇÃO

1.Tempo de serviço:

a) Até 5 anos ❑
b) 6-15 anos ❑
c) 16-20 anos ❑
d) + 20 anos ❑

2. Possuiu formação especializada em Educação Especial?

Sim ❑
Não ❑

3.Formação Inicial do Professor

Durante a sua licenciatura teve alguma cadeira que abordasse o tema Distúrbio Hiperativo com défice de atenção?

Sim ❑
Não ❑

4.Formação Contínua

No decorrer do seu percurso profissional já realizou alguma formação sobre o tema Distúrbio Hiperativo com défice de atenção?

Sim ❑
Não ❑

PARTE III – DISTÚRBIO HIPERATIVO COM DÉFICE DE ATENÇÃO

1. Está familiarizado com o conceito do DHDA

Sim ❑
Não ❑

2. Se respondeu sim à questão anterior assinale as premissas que estão relacionadas com o DHDA:

❑a) O aluno tem frequentemente dificuldades em organizar-se em tarefas ou atividades.

❑b) O aluno com frequência parece não prestar atenção ao que se lhe diz.

❑c) O aluno está frequentemente muito ativo(a) ou comporta-se como se fosse puxado por um "motor interno ".

❑d) Estas crianças expressam os seus sentimentos.

3. Na sua opinião o DHDA é mais comum:

❑a) Nos rapazes do que nas raparigas:

❑ b) Nas raparigas do que nos rapazes:

❑c) Igualmente comum nos rapazes e nas raparigas:

4. Diga o que pode causar o DHDA (assinale a opção que lhe parece mais correta).

❑ a) Fatores ambientais (consumo de álcool ou droga durante a gravidez).

❑ b) Fatores genéticos.

❑ c) Consumo excessivo de doces.

❑ d) Estilos parentais.

❑ e) Fatores biológicos (baixo peso na nascença, gravidez de risco, prematuridade).

5. Apoia ou tem crianças com DHDA na sua turma?

Sim ❑

Não ❑

Se respondeu não à questão anterior, terminou aqui o questionário. Obrigada pelo seu contributo.

6. É a favor da inclusão de alunos com DHDA em turmas regulares?

Sim ❑

Não ❑

7. Trabalha com este aluno há quanto tempo?

Menos de 3 meses ❑

Mais de 3 meses ❑

Mais de um ano ❑

8. O aluno em questão ficou retido durante o seu percurso escolar?

Sim ❑
Não ❑

9. O aluno está a beneficiar das medidas educativas previstas no Dec. Lei 3/2008?

Sim ❑
Não ❑

10. O aluno toma medicação?

Sim ❑
Não ❑
Não sei ❑

11. Aplica métodos e estratégias diferenciadas ao aluno?

Sim ❑
Não ❑

Se respondeu Sim, ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante. (1- mais importante,6- menos importante)

❑ a) Apoio Individualizado;
❑ b) Tarefas curtas, bem definidas e sequenciadas;
❑ c) Recompensas (privilégios, atenção etc…).
❑ d) Organização da sala de aula (sentar o aluno á frente, organizar o material, etc..);
❑ e) Preparar na sala um espaço isolado para o aluno, sempre que seja necessário;
❑ f) Supervisão frequente do trabalho do aluno;

Indique a opção que mais se ajusta à sua realidade.

12. No que respeita ao <u>comportamento</u> do seu aluno.

❑ a) Nunca manifesta comportamentos desadequados
❑ b) Às vezes manifesta comportamentos desadequados
❑ c) Manifesta quase sempre comportamentos desadequados

13. Relativamente às <u>tarefas escolares a realizar.</u>

❑ a) Presta muita atenção
❑ b) Presta atenção de igual forma como os colegas
❑ c) Quase nunca presta atenção
❑ d) Nuna presta atenção

14. Relativamente à <u>relação</u> que <u>mantém com os colegas</u>.

❑ a) Tem um ótimo relacionamento com os colegas, não cria conflitos;
❑ b) Tem um bom relacionamento com os colegas, raramente se envolve em conflitos;
❑ c) Tem um relacionamento razoável com os colegas, por vezes envolve-se em conflitos;
❑ d) Não se relaciona bem com os colegas, envolve-se muitas vezes em conflitos;

15. Relativamente ao <u>funcionamento da aula.</u>

❑ a) Não prejudica o funcionamento da sala de aula
❑ b) Prejudica pouco o funcionamento da sala de aula
❑ c) Prejudica muito o funcionamento da sala de aula
❑ d) Inviabiliza o funcionamento da sala de aula

16. Na sua opinião existem outros problemas associados ao DHDA?

Sim ❑
Não ❑

Se respondeu Sim, assinale o problema que considera mais comum:

❑ a) Dificuldades de Aprendizagem;
❑ b) Pouca persistência e baixa motivação;

17. Sente-se preparado para atender alunos com DHDA?

Sim ❑
Não ❑

Apêndice2

Ex. Sr. Senhor Presidente do Agrupamento
de Escolas de Caneças

Assunto : Autorização para distribuição de questionários

Eu Patrícia Jesus Gomes Teixeira, Professora de Educação Especial a exercer funções docentes no referido agrupamento, estou a desenvolver uma dissertação de Mestrado, sob a orientação metodológica do Professor Doutor Luís Sousa. Deste modo, venho por este meio solicitar a vossa EXª que se digne autorizar-me a distribuir alguns questionários a fim de poder realizar um estudo quantitativo acerca do tema Distúrbio Hiperactivo e de Défice de Atenção.

Desde já os meus sinceros agradecimentos.

Patrícia Jesus Gomes Teixeira

_____