



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO ALMEIDA GARRETT

“Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)”

Mestrado em Ensino Especial

- Dissertação -

Prof. Orientador: Prof. Doutor Nuno Mateus

Discente – Cláudia Sofia Fernandes Espada

n.º 20093835

Lisboa, 28 de Abril

2010/2011



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO ALMEIDA GARRETT

“Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)”

Dissertação apresentada para a obtenção do
Grau de Mestre em Ensino Especial no Mestrado
de Ensino Especial conferido pela Escola Superior
de Educação Almeida Garrett.

Orientador: Prof. Doutor Nuno Mateus

Discente – Cláudia Sofia Fernandes Espada
n.º 20093835

Lisboa, 28 de Abril
2010/2011

Epígrafe

“A educação é um processo social, é desenvolvimento.

Não é a preparação para a vida, é a própria vida.”

John Dewey

Dedicatória

Dedico este projecto a todos aqueles que diariamente dão o seu melhor (professores, psicólogos, terapeutas, psicoterapeutas, pais/Encarregados de Educação, etc.), dentro e fora das salas de aula, para que se torne possível falar em Inclusão no Sistema de Ensino português, de todos, independentemente da sua cor, credo, religião e/ou características físicas, de forma a que consigam alcançar o Progresso e o Sucesso Educativo.

Dedico-o também a todos os alunos que diariamente enfrentam as múltiplas barreiras (arquitetónicas; humanas, etc.) sem nunca desistirem, nem perderem o encanto pela Aprendizagem.

Agradecimentos

À Escola Superior de Educação Almeida Garrett - ESEAG, a todos os que ali trabalham e, em especial, aos docentes que ministraram as cadeiras deste curso, o meu sincero obrigado pela competência, disponibilidade e dedicação que demonstraram ao longo de todas as aulas.

Ao Mestre Jorge Serrano, pela sua sabedoria, amabilidade e ajuda que constituíram um forte estímulo em fazer mais e melhor.

Ao Professor Doutor Nuno Mateus, pela sua ajuda e orientação no desenvolvimento desta Dissertação.

Aos meus colegas de curso, em especial à Rute Mesquita, à Susana Gomes e à Fátima Gomes pela amizade e paciência demonstrada nos momentos mais difíceis.

Às pessoas que participaram na recolha de informação para este trabalho, ao Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico do Colégio e da Escola Pública onde recolhi os dados. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

Aos meus colegas do trabalho do Colégio José Álvaro Vidal – Fundação CEBI, pelo apoio incondicional que demonstraram ao longo do Curso.

À pessoa com quem partilhei todas as fases deste curso e com quem partilho a minha vida, João Leote.

A todos, muito Obrigado!

Resumo

O presente estudo pretendeu explorar as Atitudes (formas de intervenção e estratégias de sala de aula) dos Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico, de um Colégio Particular e de uma Escola Pública englobadas num mesmo Agrupamento de Escolas em relação a crianças com PHDA.

Este estudo tem carácter sobretudo exploratório (descritivo) como uma análise quantitativa, qualitativa e correlacional dos resultados. O instrumento de pesquisa utilizado para servir de instrumento de recolha de dados constou de um questionário por inquérito. De um total de N=60 inquéritos distribuídos, foram recebidos N=53, os quais foram sujeitos a tratamento estatístico.

Os resultados mostram que os participantes demonstram ter conhecimento sobre a PHDA e no que diz respeito às atitudes bem como às estratégias a utilizar. Porém, estes revelaram utilizar diversas estratégias no seu quotidiano de trabalho com estas crianças.

Palavras-chave - ESCOLA; INCLUSÃO; PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO; PROFESSOR; ATITUDE.

Abstract

This study aimed to explore attitudes (means of intervention and strategies in the classroom) of 1. No Primary School, a private college and a public school engulfed in the same grouping of schools for children with ADHD.

This study is predominantly exploratory nature (descriptive) and quantitative analysis, qualitative and correlational results. The survey instrument used to serve as an instrument of data collection consisted of a questionnaire survey. Of a total of N = 60 distributed surveys were received N = 53, which were subjected to statistical analysis.

The results show that participants are aware of ADHD, as far respieto attitudes and coping strategies to use, they use various strategies revealed in their daily work with these children.

Key-words - SCHOOL; INCLUSION; Hyperactivity Disorder Attention Deficit Disorder, PROFESSOR; ATTITUDE.

Índice geral

1. Introdução	pág. 14
I - Fundamentos Conceptuais e Teóricos	pág. 16
1. A Atitude	pág. 16
1.1. Conceito de Atitude	pág. 16
1.2. Formação de Atitudes	pág. 17
1.3. Atitudes e Comportamentos	pág. 17
1.4. Avaliação das Atitudes	pág. 18
2. Educação Especial	pág. 22
2.1. Necessidades Educativas Especiais	pág. 22
2.2. Escola Inclusiva	pág. 23
2.3. Resenha Histórica da Inclusão em Portugal	pág. 23
2.4. Dificuldades Específicas de Aprendizagem	pág. 26
2.4.1. Resenha Histórica da DEA em Portugal	pág. 26
2.4.2. Classificação e Características das DEA	pág. 28
2.4.3. Comorbilidades das DEA	pág. 29
3. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção	pág. 30
3.1. Hiperactividade	pág. 30
3.2. Défice de Atenção	pág. 31
3.3. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção	pág. 32
3.4. Incidência e Prevalência	pág. 33
3.5. Causas e Tipologias	pág. 33
3.6. Características das crianças com PHDA	pág. 34
3.7. Critérios de Avaliação e Diagnóstico da PHDA	pág. 35
3.8. Estratégias de Intervenção com crianças com PHDA	pág. 39
3.8.1. Intervenção Farmacológica	pág. 39
3.8.2. Intervenção Psicossocial	pág. 40
3.8.3. Intervenção Cognitivo-Comportamental	pág. 41
II- Enquadramento Empírico	pág. 42
1. Pressupostos metodológicos	pág. 42
a. O Estudo de caso	pág. 42
b. A situação – problema	pág. 44

c. Pergunta de partida	pág. 46
d. Objectivos	pág. 46
e. Hipóteses	pág. 47
i. Variáveis Dependentes	pág. 47
ii. Variáveis Independentes	pág. 47
f. Modos de recolha de dados	pág. 47
g. Estrutura do questionário	pág. 48
h. Procedimentos de recolha de dados	pág. 53
2. Caracterização diagnóstica e contextualizada da situação – problema	pág. 53
a. O meio	pág. 53
b. As escolas	pág. 56
c. Os professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico	pág. 67
3. Pressupostos teóricos	pág. 68
3.1. Fundamentos empíricos	pág. 69
3.2. Planificação global	pág. 69
3.3. Planificação a curto-prazo	pág. 70
3.4. Relato da intervenção	pág. 71
3.4.1. Procedimentos de tratamentos de dados	pág. 71
3.4.2. Caracterização dos participantes do estudo	pág. 71
3.4.2.1. Identificação e dados pessoais dos participantes	pág. 72
3.4.2.2. Variáveis do estudo	pág. 74
3.5. Apresentação e Análise dos dados e Discussão dos Resultados	pág. 74
3.5.1. Apresentação e Análise dos dados	pág. 74
3.5.1.1. Conhecimento	pág. 75
3.5.1.2. Impacto	pág. 78
3.5.1.3. Atitude	pág. 80
3.5.1.4. Comparação entre anos de leccionação e género	pág. 85
3.6. Discussão dos Resultados	pág. 88
III - Conclusões e Recomendações	pág. 92
2. Fontes de Consulta	pág. 95
2.1. Fontes Bibliográficas	pág. 95
2.2. Fontes Electrónicas	pág. 97
2.3. Fontes Legislativas	pág. 97

3. Anexos	pág. 98
-----------------	---------

Lista de Figuras, Tabelas e Gráficos

Lista de Anexos

Lista de Figuras, Tabelas e Gráficos

Figura 1 – Clube de Jovens	pág. 57
Figura 2 – Clínica	pág. 59
Figura 3 – Início das obras do Colégio	pág. 60
Figura 4 – Centro de Emergência Social	pág. 60
Figura 5 – Colégio	pág. 61
Figura 6 – Escola Básica	pág. 65
Figura 7 – O espaço exterior para o 1.º Ciclo	pág. 67
Tabela 1 – Caracterização da amostra	pág. 72
Tabela 2 – Grau de informação anterior sobre PHDA.....	pág. 73
Tabela 3 – Tipo de formação anterior sobre PHDA	pág. 74
Tabela 4 – Questão 1	pág. 75
Tabela 5 – Questão 3	pág. 75
Tabela 6 – Questão 4	pág. 76
Tabela 7 – Questão 5	pág. 77
Tabela 8 – Questão 6	pág. 77
Tabela 9 – Questão 7	pág. 78
Tabela 10 – Questão 8	pág. 78
Tabela 11 – Questão 2	pág. 80
Tabela 12 – Questão 9	pág. 81

Tabela 13 – Questão 10	pág. 83
Tabela 14 – Questão 11	pág.84
Quadro 1 – Critérios da DSM-IV para o Diagnóstico da PHDA	pág. 38
Gráfico 1 – Colaboração Pais/Escola	pág. 85
Gráfico 2 – Encaminhar para um técnico especializado	pág. 86
Gráfico 3 – Biofeedback	pág. 86
Gráfico 4 – Supervisão frequente do trabalho	pág. 87

Lista de Anexos

Anexo 1 – Questionário do estudo	pág. 99
Anexo 2 – Questionário original	pág. 104
Anexo 3 – Ofício de pedido de autorização à Directora da Escola Pública	pág. 110
Anexo 4 – Ofício de pedido de autorização ao Director Pedagógico do Colégio.....	pág. 111
Anexo 5 – Questionários preenchidos pelos inquiridos.....	pág. 112

1. Introdução

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular – *Seminário de Projecto e Iniciação à Dissertação* –, no curso **Mestrado em Ensino Especial** e tem como principal objectivo perceber e esclarecer quais as atitudes que professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico adoptam quanto à Inclusão de crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Ao longo trabalho, e para melhor compreensão do tema apresentado, tentaremos explicar e dar uma visão histórica dos seguintes tópicos: Atitude: conceito, formação, avaliação e relação entre atitudes e comportamentos; conceito e caracterização de Necessidades Educativas Especiais; Educação Especial e Escola Inclusiva; conceito, incidência e prevalência, causas e tipologias, características, critérios de avaliação e estratégias de intervenção da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) e Atitudes dos Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico face à Inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais através de um questionário, já utilizado em estudos anteriores pela equipa do Cadin e pela Dr.ª Maria Lourenço, a fim de aferirem as atitudes dos Professores quanto à problemática da PHDA, analisados através de um programa estatístico – SPSS 19.

As Atitudes não surgem num vazio social. São o fruto da interacção social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais. Ela permite-nos situar e argumentar a nossa posição face às do outro num determinado ponto, de um determinado tempo e numa realidade social específica.

As Atitudes referem-se a experiências subjetivas, que são sempre referidas a um objecto e/ou a uma pessoa e que incluem sempre uma dimensão avaliativa.

Um dos desafios que se coloca hoje em dia aos professores e à Escola é o de educar todos os alunos sem excepção. O direito de todos os alunos à **Educação** é inquestionável, no entanto existem ainda práticas que têm de ser alteradas para que a Inclusão se torne uma realidade.

O papel dos Professores, bem como as suas atitudes, é fundamental na Inclusão ou não, de todas as crianças no meio escolar e no seio do seu grupo/turma.

Pretendemos deste modo, e com este trabalho, contribuir para uma melhor compreensão dos possíveis obstáculos que se colocam face à Inclusão, nomeadamente no poder que as

atitudes dos Professores exercem face à Inclusão de crianças /alunos com Necessidades Educativas Especiais, através de uma metodologia de **Estudo de Caso**, precedida de um inquérito a um grupo de Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico de um Colégio privado e uma Escola Pública na área metropolitana de Lisboa.

O sucesso da Inclusão poderá depender, em larga escala, das Atitudes dos Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico, se estes, desde os primeiros anos do percurso educativo, conseguirem controlar e contornar as múltiplas especificidades de cada aluno que constitui o grupo turma.

I - Fundamentos Conceptuais e Teóricos

1. A Atitude

1.1 Conceito de 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, objecto, 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 o comportamento”.

Já o dicionário da Wikipédia define “atitude” como “a disposição ligada ao juízo de determinados objectos da percepção ou da imaginação - ou seja, a tendência que uma tem pessoa para julgar os objectos como bons ou maus, desejáveis ou indesejáveis. A Atitude diferencia-se da postura pelo maior grau de concretude dos objectos a que se refere.”

Para a Psicologia Social o conceito de atitude pretende ser mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos, sobre objectos ou outros indivíduos, com efeito, as atitudes são vistas pelos especialistas como estruturas básicas da personalidade que condicionam a acção de cada um, quer ser verbal, quer seja gestual, em determinadas situações, o que leva a que diferentes pessoas tenham diferentes atitudes. As atitudes são construções teóricas que não são directamente observáveis, isto é, são deduzidas a partir da observação do comportamento em interacção social.

Quando analisamos os diferentes autores, concluímos que não existe consenso na definição de atitude, no entanto os mesmos autores conseguem chegar a acordo no que concerne aos traços existentes, entre eles:

- As atitudes dizem respeito a experiências subjectivas;
- As atitudes referem-se a um objecto;
- As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa.

1.2 Formação das Atitudes

O facto de haverem múltiplas definições de Atitude leva à aparição de muitas definições teóricas sobre o processo de Formação de Atitudes.

Alguns autores acreditam que algumas características hereditárias, genéticas e fisiológicas intervêm nesta Formação de Atitudes, porém não as consideram como os factores primordiais, ao longo deste processo.

Lima (2004) foi um dos investigadores que identificou duas linhas teóricas que exercem grande influência no processo de Formação de Atitudes. Uma centrada nos processos cognitivos e outra centrada nos processos afectivos.

A **perspectiva cognitivista** assenta na crença que os sujeitos têm sobre os objectos em estudo.

A **perspectiva afectiva** não assenta em qualquer fundamentação racional, mas sim nas experiências emocionais que o sujeito experienciou. Assim o autor defendeu o “efeito da mera exposição”, onde se acreditava que quando o sujeito era exposto repetidamente ao mesmo estímulo emocional acabava por melhorar a atitude perante o mesmo.

1.3 Atitudes e Comportamentos

As “Atitudes” estão muito interligadas como o “Comportamento”. Muitos teóricos têm tentado estabelecer a relação entre as respostas verbais e as acções de um sujeito tentando prever o comportamento de um indivíduo. Se visualizarmos as atitudes como tendências para assumir um comportamento favorável ou desfavorável perante o objecto da atitude, então estas podem exprimir uma variedade de respostas, apresentando assim uma tendência pessoal.

Existem autores que chegam mesmo a afirmar que as Atitudes são preditores de Comportamentos, uma vez que geram uma pré-disposição para a acção e quando associadas a uma situação específica originam os Comportamentos.

1.4 Avaliação das atitudes

Fazer um estudo sobre as Atitudes e a sua consequente avaliação não é um acto simples, visto as Atitudes não serem directamente observáveis.

A mediação das atitudes, segundo Lima (1996), corresponde à avaliação de um de três tipos de resposta atitudinal:

- Respostas afectivas;
- Respostas cognitivas – auto-descrição do posicionamento individual;
- Respostas comportamentais.

E também pela opção de diferentes tipos de medidas, que estão dependentes de cada autor.

Alguns autores, que têm desenvolvido o seu estudo sobre as implicações das Atitudes, iniciam-no, primeiramente, pela individualização das atitudes, através da construção de instrumentos de medida, com o objectivo de situar uns indivíduos relativamente aos outros, através de escalas de atitudes, que meçam as diferenças de disposição a respeito dos objectos de atitudes, como por exemplo, uma instituição, um partido político ou uma etnia específica.

Esta escalas utilizadas são técnicas que os autores encontraram para medir as atitudes através de crenças e opiniões e avaliar os sujeitos à cerca de um determinado objecto.

Existem cinco escalas, que são as mais utilizadas e as que melhor medem e avaliam as Atitudes dos sujeitos.

Uma delas é a **Escala de Thurstone** (1928) que caracteriza a atitude do sujeito face a estímulos previamente cotados, tal como define Lima (1996). Esta escala começava por organizar um conjunto de frases, que iam desde o “favorável”, até ao “desfavorável” acerca do objecto social em questão. Posteriormente estas frases eram entregues a um grupo de jurados, que as ordenava em categorias iguais entre si. As categorias estavam dispostas desde a Categoria 11 (**mais favorável**), até à Categoria 1 (**mais desfavorável**), passando pela Categoria 6 que era tida como a posição neutra.

Quando estas frases eram entregues ao sujeito, pedia-se que o mesmo indicasse quais as frases com que estava de acordo. A escala dos valores médios das afirmações com as quais o sujeito concordava, serviam de referência da atitude do mesmo.

Apesar de ter sido muito utilizada, esta Escala apresentava algumas desvantagens, entre elas: o facto de ser um processo muito moroso e de não se conseguir eliminar por completo as inferências das atitudes dos próprios jurados, a quando da organização das frases.

Outra escala muito popular e sobejamente utilizada foi a escala apresentada por **Likert** (1932) – **Método das Classificações Somadas**, ou **Escala Cumulativa**.

Este investigador retirou da construção da escala a participação dos jurados e debruçou-se unicamente sobre os sujeitos que iriam ser submetidos ao teste. Não havia posições neutras e as atitudes iam desde o “**claramente favorável**”, até ao “**claramente desfavorável**”, ordenadas em cinco itens.

Com as respostas obtidas criava-se um somatório total, que indicava a atitude do sujeito e elaborava-se uma análise factorial, onde se determinam os itens que mais se correlacionavam para produzir a referência das atitudes. Os itens que menos se correlacionavam eram eliminados.

Esta escala é, até aos dias de hoje, muito utilizada e a única desvantagem que se verifica na sua utilização é o facto de não garantir, ao longo da sua medição uma escala intervalar, no entanto é tida como uma escala de rápida execução e muito económica.

Guttman (1994) apresentou um método de **Escalogramas** ou escalas, em que o indivíduo quando responde favoravelmente a qualquer pergunta, também irá responder favoravelmente a todos os itens. Este método foi considerado muito repetitivo, porém garantia a unidimensionalidade da escala.

Suci & Tanenbaum (1957) apresentaram um **Escala de Adjectivos Bipolares**, onde o sujeito tinha de escolher entre os sete pontos seleccionados (ex.: bonito/feio; grande/pequeno).

A grande vantagem desta escala é que qualquer objecto da atitude pode ser avaliado.

O método de **Lima, Vala e Monteiro** (1996) é outra forma de medir as atitudes, em que não se utilizam escalas, e onde é através de uma só pergunta que a posição do sujeito é

avaliada directamente, mediante itens que vão desde o “**extremamente insatisfeito**”, até ao “**extremamente satisfeito**”.

Também existe a possibilidade de se fazer uma medição corporal, para se avaliarem as atitudes. São a forma mais fiável e a que menos aso dá a falsos resultados.

As medições corporais são todos aqueles movimentos do corpo humano, que não incluem a oralidade, como por exemplo, o suor nas mãos e no rosto, o corar e o acelerar do batimento do coração.

Estas expressões do corpo humano podem ser separadas em:

- “respostas naturais escondidas” - que se referem a reacções fisiológicas internas e que dificilmente se conseguem observar a olho nu;
- “respostas naturais manifestas” - que incluem as reacções do nível da postura e da expressão do rosto;
- “falsas respostas fisiológicas” - onde se utiliza um falso indicador e se convence o sujeito de que a máquina está correcta e que mede a veracidade das respostas;
- “respostas fisiológicas condicionadas” - que têm como objectivo dissipar as dúvidas existentes na interpretação das respostas dadas pelo sujeito.

Este método de avaliação tem como principais barreiras o facto de ser um processo muito dispendioso e pouco produtivo. As técnicas comportamentais mais importantes são aquelas que se referem a observações de comportamentos reveladores de atitudes, mas que não sejam identificadas pelos sujeitos, sobre os quais decorre o estudo.

Como medidas corporais compreendem-se todos aqueles indícios manifestados pelo corpo humano para além da expressão oral. Estes indícios vão desde o corar, o palpitar do coração, o suor das mãos e rosto.

A avaliação da observação dos comportamentos possibilita suplantar a falta de sinceridade dos inquiridos e produzir observações em meio natural, impossível através das medidas corporais. “Deste modo, as técnicas comportamentais mais importantes neste domínio referem-se a observações de comportamentos reveladores de atitudes, mas observações que passam completamente despercebidas aos sujeitos” (Lima, 1996). Mas mesmo esta forma de

avaliação das atitudes não está isenta das influências situacionais na determinação do comportamento social.

Hoje em dia, com o acréscimo e a prática de trabalhos sobre cognição social, podemos ter uma visão mais complexa de estrutura interna das atitudes em muito devido à difusão de programas de tratamento de dados, das análises e representações gráficas, onde se demonstram as posições ocupadas, respectivamente, por objectos de atitudes e grupos sociais.

A Atitude é a melhor forma de se proceder à explicação do comportamento social do Ser Humano, no entanto, e através de qualquer técnica escolhida, permanece sempre o problema de se compreender até que ponto os dados obtidos são válidos e de qualidade, para aquilo que se quer estudar.

2. Educação Especial

2.1 Necessidades Educativas Especiais

O termo de Necessidades Educativas Especiais surge pela primeira vez no **Warnock Report** (1978), porém é na Declaração de Salamanca que se define que este termo abrange “crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares e, consequentemente, têm Necessidades Educativas Especiais em determinado momento da sua escolaridade.”

Nesta definição estão incluídas “as crianças com deficiências e / ou sobredotadas, crianças de rua ou crianças que trabalham, crianças de populações remotas ou nómadas, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginalizados.” (Declaração de Salamanca, 1994).

Este conceito não está intimamente ligado às patologias, mas sim às múltiplas necessidades de atendimento e de intervenção educativa de todos aqueles que de alguma forma participam na educação da criança.

O **Decreto – Lei 3/2008 de 7 de Janeiro** é a regulamentação legal para a Educação Especial e este estabelece a responsabilização da escola regular face à educação das crianças com Necessidades Educativas Especiais, garante o seu acesso à escolaridade obrigatória e a gratuita, define as condições de exclusão de uma criança do sistema regular e as medidas adequadas ao tipo de dificuldade.

Desta forma, o termo de Necessidades Educativas Especiais proporciona uma igualdade de direitos, principalmente no que respeita à não discriminação por razões de raça, religião, opinião, características intelectuais e físicas, a todas as crianças e / ou adolescentes em idade escolar.

Dentro das Necessidades Educativas Especiais a maior incidência de alunos engloba-se nas Dificuldades Específicas de Aprendizagem.

2.2. Escola Inclusiva

A expressão “Escola Inclusiva” anuncia um novo conceito de escola, com o objectivo de conseguir uma “Escola igual para todos” ficando consagrada na **Conferência de Salamanca**.

Este conceito nasceu do acordo de que as crianças e jovens com NEE devem ser incluídas nas estruturas educativas destinadas à maioria dos alunos.

Para Correia (1997), a Inclusão é a inserção da criança com NEE na classe regular, sempre que isso seja possível, sendo esta forma mais eficaz de atendimento, contando com todos os apoios adequados e necessários. Este autor defende um modelo de Inclusão que permita a formação de níveis:

- **Inclusão Total** – para alunos com NEE ligeiras e moderadas, que poderão e deverão receber os serviços educacionais nas outras crianças;
- **Inclusão Moderada** – para alunos com NEE moderadas e severas e que requeiram práticas singulares, que poderão ter de ser feitas fora da sala de aula;
- **Inclusão Limitada** – aplicada a alunos com NEE severas, que exijam receber os serviços educacionais fora da sala de aula.

Esta Inclusão progressiva, apesar de parecer ir contra o princípio da Escola Inclusiva, poderá ser a melhor resposta para alunos mais complexos, que necessitem de meios e de apoios que uma escola regular não lhes pode fornecer, por falta de recursos de várias ordens.

2.3. Resenha Histórica da Inclusão em Portugal

A história da Educação Especial teve quatro fases principais:

- Exclusão;
- Segregação;
- Integração;
- Inclusão;

- **Fase da Exclusão**

Esta primeira fase decorreu nos finais do século XVII. Durante este período a maioria das pessoas com deficiência e outras condições era tida como indigna de educação escolar. O indivíduo deficiente era rejeitado. Quem apresentasse qualquer deficiência era internado em orfanatos, manicómios, prisões e outras instituições estatais. Nas sociedades antigas existem até casos de infanticídio.

- **Fase da Segregação**

Nesta segunda fase – finais do século XVIII, princípios do século XIX – inicia-se o período da institucionalização especializada de pessoas com deficiência que, entre outras coisas, propiciavam classes de alfabetização. Com a eclosão do movimento dos pais das crianças a quem era negado o ingresso em escolas comuns, surgiram escolas especiais e mais tarde, as classes especiais dentro de escolas comuns.

O sistema educacional ficou com dois subsistemas funcionando paralelamente e sem ligação uma com a outra: a educação comum e a educação especial. Pode-se afirmar que foi durante esta fase que surgiu a “Educação Especial”.

No entanto, apesar deste progresso cultural e social, permanecia a ideia de que era necessário proteger a pessoa normal da não normal e vice-versa. Por um lado o deficiente era considerado como sendo um malefício para os indivíduos “normais” e estes eram prejudiciais para o primeiro. Daí que as escolas especiais eram construídas longe das povoações, defendendo o argumento de que o campo era mais saudável que a cidade.

- **Fase da Integração**

No decorrer do século XIX assistiu-se a uma mudança de mentalidades e como tal a Educação Especial tomou um novo rumo: as escolas comuns passaram a aceitar crianças ou adolescentes deficientes nas suas classes, pelo menos em ambientes o menos restritivo possível.

No entanto, apenas se consideravam integrados aqueles estudantes com deficiência que se conseguissem adaptar à classe comum como esta se apresentava, sem existirem quaisquer modificações no sistema.

Isto originou que, quem não se adaptasse ao sistema escolar, quem não conseguisse acompanhar os demais alunos seria excluído. As leis tinham sempre o cuidado de ressaltar a condição "preferencialmente na rede regular de ensino", o que deixava em aberto a possibilidade de manter crianças e adolescentes com deficiência nas escolas especiais.

Nesse contexto, surgiram as primeiras escolas especiais para cegos e surdos e, no final do século, inicia-se o atendimento a deficientes mentais em instituições criadas para esse fim.

- **Fase da Inclusão**

Esta é a fase que se vive actualmente e que teve início na segunda metade da década de 80.

A ideia fundamental desta fase é a de adaptar o sistema escolar às necessidades dos alunos. A inclusão propõe um único sistema educacional de qualidade para todos os alunos, com ou sem deficiência e com ou sem outros tipos de condição atípica. A inclusão baseia-se em princípios, tais como: a aceitação das diferenças individuais como um atributo e não como um obstáculo, a valorização da diversidade humana pela sua importância para o enriquecimento de todas as pessoas, o direito de pertencer e não de ficar de fora, o igual valor das minorias em comparação com a maioria.

A educação inclusiva depende não só da capacidade do sistema escolar (director, professores, pais e outros) em procurar soluções para o desafio da presença de alunos diferentes nas classes, como também do desejo de fazer de tudo para que nenhum deles seja novamente excluído com base em alguma necessidade educacional muito especial.

No entanto, esta inclusão pode não ser extensível a todo o tipo de deficiências. J. Mayor defende que existirá sempre a necessidade de certa institucionalização para casos tais como: crianças com graves e complexas incapacidades que requerem simultaneamente tratamento médico, terapias, educação e outros cuidados; crianças com graves dificuldades de aprendizagem por défices sensoriais, lesões cerebrais graves ou severos transtornos emocionais e comportamentais que exigem uma atenção educativa contínua e especializada; crianças com severas incapacidades ou desajustes, cujos pais não lhes podem dar a devida atenção.

O termo **Inclusão Escolar** implica que o aluno com necessidades educativas especiais deve desenvolver o seu processo educativo num ambiente não restritivo e tão normalizado

quanto possível. Dessa forma, e ao contrário do que se passava na fase da integração, o ensino deve ajustar-se às capacidades e particularidades de cada aluno.

Actualmente o Sistema Educativo contempla diversas modalidades de escolarização para os alunos com NEE. São elas:

- ✓ Escolas de integração;
- ✓ Aulas de educação especial, em escolas de ensino regular;
- ✓ Escolas de ensino especial.

2.4. Dificuldades Específicas de Aprendizagem

Algumas das definições que podemos encontrar para as Dificuldades de Aprendizagem consistem em traduzi-las numa desordem dos procedimentos psicológicos envolvidos na compreensão da linguagem falada ou escrita, que pode encontrada numa criança que apresente graus diferentes entre o seu rendimento escolar, esperado para a idade e a sua real capacidade intelectual.

Estas dificuldades assentam em dois critérios fundamentais para identificar crianças com dificuldades de aprendizagem, que são: o critério da exclusão e o critério da discrepância. O critério da exclusão quando se verifica que a criança não sofre de nenhuma deficiência mental e emocional severa e o critério da discrepância quando o aluno revela dificuldades em alcançar resultados académicos esperados para a sua idade, mas revela capacidade em outras áreas específicas.

2.4.1. Resenha Histórica das Dificuldades Específicas de Aprendizagem em Portugal

As dificuldades de aprendizagem surgiram no final do século XIX e caracterizam-se por uma série de dificuldades que afectam a leitura, a escrita e o cálculo. Estas implicam uma série de obstáculos para o progresso escolar normal de uma criança, pela sua repercussão nas

aprendizagens e no rendimento escolar em geral, desencadeando, em longo prazo, efeitos negativos sobre a auto-estima, o auto-conceito e as relações sociais.

A partir de 1963 começou-se a utilizar o termo Dificuldades de Aprendizagem e estas passaram por quatro fases:

- **Fase da Fundação** (1800 a 1930) – em que os neurologistas foram os primeiros a interessar-se pela investigação científica na área das Dificuldades de Aprendizagem com Gall. O primeiro estudo clínico foi feito por James Hinshelwood onde ele designou as dificuldades específicas da leitura como alexia ou cegueira verbal, devido a lesões no hemisfério esquerdo, que faziam com que se perdesse a habilidade para ler.
- **Fase de Transição** (1930 a 1963) – ao longo desta fase psicólogos e educadores desenvolveram instrumentos para o diagnóstico e recuperação de crianças com dificuldades de aprendizagem. Nesta fase surgiu o primeiro teste de percepção-visual de Frostig, Maslow LeFevre e Whittlesey, que avalia cinco áreas de capacidades visuo-motoras: coordenação visuo-motora; discriminação figura-fundo; constância perceptiva; posição no espaço e relações espaciais e também foi desenvolvido o primeiro teste de habilidades psicolinguísticas.
- **Fase de Integração** (1963 a 1980) – nas escolas dos EUA expandem-se rapidamente os programas para ajudar crianças com dificuldades de aprendizagem, o que fez com que aumentasse o número de professores especializado, houvesse uma grande diversificação de métodos de diagnóstico e tratamento. É assim criada a “Association for Children with Learning Disabilities”, que mais tarde se passa a designar “Learning Disabilities Association of America”.
- **Fase Contemporânea** (1980 à actualidade) – actualmente as Dificuldades de Aprendizagem estão relacionadas com três quadros:
 - Análise aplicada do comportamento centrado na tarefa;
 - Processamento da informação;
 - Neuropsicológico.

2.4.2. Classificação e Características das Dificuldades Específicas de Aprendizagem

Existem três classificações para as Dificuldades de Aprendizagem, defendidas por diferentes autores.

A classificação de Drouet defende que existem sete causas para o aparecimento das dificuldades de aprendizagem: as físicas; as sensoriais; as neurológicas; as emocionais; as cognitivas; as educacionais e as socioeconómicas.

Já na classificação de Martinez e Perez as Dificuldades de Aprendizagem devem-se a duas áreas intrínsecas do indivíduo: biológicas e psicológicas e a duas áreas extrínsecas ao indivíduo: pedagógicas e socioculturais.

No entanto, Queirós e Schrager dividem as Dificuldades de Aprendizagem em **primárias** que englobam as disfunções cerebrais, os problemas perceptivos e os problemas psicomotores, e **secundárias** que se referem a afecções biológicas, a problemas de comportamento e a factores socioeconómicos.

Algumas das características que se podem identificar em crianças com Dificuldades de Aprendizagem são:

- ~ Desordens de atenção;
- ~ Discrepância entre o potencial da criança e o seu aproveitamento escolar;
- ~ Impulsividade;
- ~ Exclusão de problemas sensoriais, bem como de perturbações emocionais severas;
- ~ Défices gerais de coordenação;
- ~ Hiperactividade;
- ~ Desordens da fala e da audição;
- ~ Dificuldades psicolinguísticas;
- ~ Problemas perceptivo-motores;
- ~ Instabilidade emocional;

- Problemas de atenção;
- Défices de memória e cognitivos;
- Problemas processológicos relacionados com a receção, organização e expressão da informação, que mais tarde se vão traduzir em dificuldades na fala, na leitura, na escrita e na aritmética.

2.4.3. Comorbilidades nas Dificuldades Específicas de Aprendizagem

É muito comum nas crianças diagnosticadas com Dificuldades de Aprendizagens, apresentarem também o diagnóstico:

- Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção, uma vez que apresentam dificuldades de atenção, de impulsividade, de controlo motor, etc. ;
- Perturbações de Comportamento ou Oposição, com atitudes mais agressivas, de rebeldia e de baixa resistência à frustração;
- Depressão infantil e sentimentos de inferioridade;
- Medos, ansiedades e fobias escolares que aumentam o nível das dificuldades de aprendizagem;
- Baixa auto-estima e auto-conceitos, pois a criança apercebe-se que não consegue realizar as mesmas tarefas que os seus pares.

3. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

3.1. Hiperactividade

A Hiperactividade foi descrita pela primeira vez nos princípios do século XX e apresentava como principais características défice de atenção e disfunção cerebral mínima, que afectava principalmente a área do comportamento, destacando-se o nível de actividade e o nervosismo.

É um distúrbio neuro-comportamental crónica, que pode afectar significativamente o desempenho escolar, familiar e social, daí a que tenha muitas das vezes associado o Défice de Atenção e seja descrita por muitos autores como **Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção** (PHDA). Surge na infância e acompanha a criança ao longo da adolescência e da vida, no entanto e com o início da puberdade os sintomas da desatenção e da impulsividade aumentam, comparativamente com a hiperactividade, o que muitas vezes leva a que surjam problemas no relacionamento interpessoal e a que se desenvolvam quadros de baixa auto-estima, de delinquência e de isolamento social.

Cardo & Servera – Barceló (2005) definem a Hiperactividade como “uma perturbação do comportamento infantil, de base genética, em que estão implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande actividade motora.” Defendem ainda que se “trata de um problema generalizado de falta de auto-controlo com repercursões no seu desenvolvimento, na sua capacidade de aprendizagem e no seu ajustamento social.”

A PHDA é uma perturbação comportamental, em que as crianças têm imensa dificuldade em controlar a actividade motora, os impulsos, em cumprir regras, em estarem quietos e em não perturbarem, o que facilmente pode ser confundido com falta de educação e/ou indisciplina.

Para a Academia Americana de Psiquiatria a Hiperactividade pode definir-se como “*um distúrbio persistente do desenvolvimento psicológico, caracterizado por elevados níveis de desatenção e /ou hiperactividade e comportamentos impulsivos, com intensidade mais grave e frequente que o observado nos indivíduos comuns, com nível de desenvolvimento semelhante, e com evidência de interferência social, académica ou laboral*” e foi ela quem substituiu o termo de

Hiperactividade por Défice de Atenção com Hiperactividade, por serem os sintomas mais duradouros.

Vários autores definiram não só Hiperactividade ao longo dos tempos dando uma evolução histórica, mas também diferentes definições numa mesma altura gerando alguma diversidade no processo de classificação da hiperactividade.

Barkley (1990) define a Hiperactividade como “um distúrbio de desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentalmente inapropriados de desatenção, sobreactividade e impulsividade, as quais têm frequentemente o seu início na primeira infância; têm uma natureza relativamente crónica; não simplesmente explicáveis por deficiências neurológicas, sensoriais, de linguagem, motoras, deficiência mental ou distúrbios emocionais severos. Estas dificuldades aparecem tipicamente associadas a défices no comportamento orientado por regras e na manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo.”

Em 1947, **Strauss** realiza a primeira descrição clínica deste caso e relaciona com a área do comportamento, desatacando o nervosismo e o nível de actividade como sintoma de lesão cerebral.

Com o nome de “desobediência patológica” dado por **Velasco Fernandez (1968)** apresenta o sintoma comportamental, ou inadequação do comportamento às situações.

Surge depois a definição de “lesão orgânica”, definida por **Shafer e Allen (1979)**, visto 95% de crianças hiperactivas possuírem lesões anatómica cerebral.

Já **Vallet (1986)** considerou a Hiperactividade como “uma síndrome de movimento excessivo, impulsividade, atenção dispersa, etc.”.

3.2. Défice de Atenção

O distúrbio do Défice de Atenção já teve ao longo dos tempos várias sinónimas para descrever os mesmos sinais e sintomas, entre elas *Disfunção Cerebral Mínima*; *Síndrome da Criança Hiperactiva*; *Síndrome da Ausência do Controlo Moral* e *Reacção Hiperkinética da Infância*.

Still (1902) foi um dos primeiros a investigar o que apelidou de *Defeito de Controlo Moral* através de crianças desafiadoras, agressivas, desatentas, hiperactivas, propensas a acidentes e excessivamente emotivas e passionais.

Kahn e Cohen (1934) nomearam a falta de atenção, a irregularidade da actividade física e o controle dos impulsos, como *Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite*.

Em 1980, a **Associação de Psiquiatria Americana** – APA reconheceu como síndrome o Distúrbio do Défice de Atenção.

Este síndrome tem causas muito diversificadas e pode decorrer de diferentes factores visto não se verificar nenhum dano cerebral.

3.3. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma problemática que começa por criar dificuldades na aprendizagem e na adaptação do indivíduo ao meio nos seus primeiros anos de vida e que, na maioria dos casos, se prolonga pela sua vida adulta, não podendo, pois, ser considerada apenas uma condição do ser criança que se ultrapassa com o amadurecimento.

A PHDA é uma perturbação do desenvolvimento que afecta o comportamento, a atenção e o autocontrolo. Tem uma base essencialmente neuropsicológica e os factores genéticos conjugam-se com as experiências do indivíduo no seu meio ambiente, para moldar o seu comportamento e a forma como enfrenta e se integra na vida em sociedade. A DDAH tem, pois, uma origem biológica, não sendo o resultado da forma como as crianças são educadas, da formação dos pais, do seu estatuto social ou económico, da sua religião ou das suas crenças.

As crianças com *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA)* apresentam um padrão comportamental caracterizado, essencialmente, por um excesso de actividade (hiperactividade) ou de impulsividade e por uma persistente falta de atenção, desproporcionais à fase do desenvolvimento em que as mesmas se encontram. Estes comportamentos poderão manifestar-se nos primeiros anos de vida e persistir pela adolescência e mesmo pela fase adulta.

Segundo **Sam Goldstein (2003)**, a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é caracterizado por uma constelação de problemas relacionados com a falta de atenção, hiperactividade e impulsividade.

De acordo com a literatura actual, os sintomas são originários de uma disfunção no funcionamento cerebral e embora os estudos não sejam conclusivos, sabe-se que esses sintomas são provenientes de alterações em diferentes sistemas de neurotransmissores (**Szobot; Stone, 2003**).

De entre as disfunções da PHDA, encontra-se o comprometimento das funções executivas que, segundo Mattos e colaboradores compreendem “uma classe de actividades altamente sofisticadas, que capacitam o indivíduo ao desempenho de acções voluntárias, independentes, autónomas, auto-organizadas e orientadas para metas específicas”.

3.4. Incidência e Prevalência

A Hiperactividade é mais comum nos rapazes do que nas raparigas em idade escolar, no entanto são as raparigas quem apresenta maior índice de défice de atenção, associado à hiperactividade.

Acredita-se que em Portugal, segundo a DSM-IV-TR (2004), sensivelmente 50 mil crianças (16%) sofrem de Perturbações de Hiperactividade e Défice de Atenção:

- 3% a 7% de crianças em idade escolar;
- 4,57% em crianças do 1.º ao 4.º ano de escolaridade (Cardo & Servera – Barceló, 2005).

3.5. Causas e Tipologias

A Hiperactividade resulta da interacção complexa de factores genéticos e factores de risco biológicos e do meio envolvente.

As causas da Hiperactividade são desconhecidas, no entanto, muitos autores acreditam que a maior causa está na genética e que é um factor hereditário. Cerca de 25% das crianças hiperactivas têm um familiar próximo com PHDA.

Porém existem outros factores que podem ser os responsáveis pelo aparecimento da hiperactividade em algumas crianças, entre eles, destacamos:

- Alterações nos lobos frontais (responsáveis por funções executivas, como atenção, capacidade de antecipar consequências e organizar tarefas) - o neurotransmissor dopamina apresenta níveis inferiores aos normais dificultando a comunicação entre as células;
- Factores de risco biológicos - o uso de tabaco e álcool durante a gravidez, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, as infecções do SNC e os traumatismos cranianos graves;
- Factores de risco do meio envolvente - exposição a metais pesados (chumbo e mercúrio), o *stress* familiar e outras situações traumatizantes ou ansiógenas para a criança.

3.6. Características das crianças com PHDA

As principais características apresentadas pelas crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção são:

- Falta de atenção;
- Dificuldades de aprendizagem perceptivo-cognitivas;
- Problemas de comportamento;
- Falta de maturidade;
- Problemas emocionais (impulsividade, irritabilidade, ansiedade, dificuldade no relacionamento entre pares);
- Coordenação motora pobre;
- Baixa auto-estima;

- Baixa tolerância à frustração;

A este síndrome aparece, em alguns casos, algumas dificuldades escolares e patologias associadas:

Dificuldades escolares associadas:

- ✓ 20% Dificuldades de leitura (Dislexia);
- ✓ 60% Dificuldades na escrita (Disortografia).

Patologias “psiquiátricas” associadas:

- ✓ Perturbação de Oposição e Desafio - 40%;
- ✓ Ansiedade - 34%;
- ✓ Tiques (Síndrome de Tourette) - 11%;
- ✓ Depressão - 4%;
- ✓ Outros problemas comportamentais como PC – 14%.

3.7. Critérios de Avaliação e Diagnóstico da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)

Visto a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção apresentar-se num grupo muito heterogéneo com causas e características bastante divergentes a avaliação da Hiperactividade, depois de assinalada deve começar por ser feita clinicamente. Na avaliação clínica deve fazer-se uma observação directa do comportamento da criança, um questionário detalhado aos pais (**Anamnese**) onde se identifiquem as características e competências emocionais e sociais da criança, bem como os antecedentes pessoais e familiares. O médico também deve aplicar um exame objectivo e fazer uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, da visão e da audição, a fim de excluir outros problemas/deficiências, e pedir informações

detalhadas aos professores para confirmar os comportamentos da criança em ambientes diferentes.

Muitas são os Questionários e as Escalas que se podem utilizar para diagnosticar fiável e validamente a hiperactividade e que devem ser aplicados por uma equipa pluridisciplinar, entre elas encontram-se:

- **Questionário de Conners**, que é composto por duas escalas, uma para professores e outra para pais;
- **Prova de Bender – Gestalt**, de nível Perceptivo-Psicomotor;
- **Questionário Achenbach** para pais, professores e para a criança;
- **Escala de Actividade da Criança** (Werry, Weiss e Peters) que avalia a dimensão da hiperactividade;
- **Escala de Inteligência de Weschler** que é aplicada às crianças, a fim de se aferir especificamente os défices de memória;
- **Observações comportamentais**.

Para além destes testes poder-se-á fazer diversos exames clínicos, como por exemplo: exame neurológico; electroencefalograma; exploração psicopedagógica e instrumentos mecânicos (almofada estabilimétrica que regista os movimentos do corpo).

Toda a avaliação que possa ser feita não serve para rotular as crianças, mas serve sim para perceber quais serão os métodos e as estratégias mais eficazes na atenuação e/ou extinção dos comportamentos inadequados e nas limitações cognitivas, apresentadas pelas crianças hiperactivas, bem como no seu relacionamento com os outros e na sua auto-imagem/auto-conceito.

Diagnosticar hiperactividade numa criança é um processo muito subjectivo e pouco consensual entre autores e médicos. Para que se possa dizer que uma criança é Hiperactiva, ela deve apresentar sintomas antes dos sete anos de idade, em diferentes contextos (escola, casa, trabalho, etc.) em que se consiga observar uma disfunção clara e significativa do comportamento, por um período mínimo de seis meses e ter presente pelo menos 6 dos 9 domínios apresentados em cada categoria, de acordo com a DSM-IV.

No Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, da Academia Americana de Psiquiatria (DSM-IV) é apresentada três tipos de Hiperactividade: Categoria I (PHDA do tipo desatento); Categoria II (PHDA do tipo hiperactivo/impulsivo) e a Categoria III (PHDA do tipo combinado) que engloba simultaneamente as características dos dois primeiros.

Critérios da DSM-IV para o Diagnóstico da PHDA		
PHDA do tipo desatento	PHDA do tipo hiperactivo/impulsivo	PHDA do tipo Combinado
I – Sintomas de desatenção: - Não dá atenção aos pormenores ou comete erros por desatenção, nas tarefas escolares, trabalho ou actividades lúdicas; - Dificuldade em manter a atenção em actividades ou tarefas; - Parece não ouvir quando se lhe dirigem directamente; - Não segue instruções e não termina tarefas (não devido a comportamento de oposição ou por não compreender as instruções); - Dificuldade em organizar tarefas e actividades; - Não gosta ou evita iniciar tarefas que requerem concentração; - Perde facilmente material necessário a tarefas ou actividades que terá de realizar (material escolar, livros, brinquedos);	II- Sintomas de Hiperactividade e Impulsividade: - Hiperactividade; - Mexe excessivamente mãos e pés ou permanece irrequieto na cadeira, quando sentado; - Não se mantém sentado quando deve; - Corre e trepa excessivamente em situações em que é inapropriado fazê-lo; - Dificuldade em dedicar-se a actividades de forma calma; - Sempre pronto a mudar, age como se estivesse «ligado à electricidade»; - Fala demasiado; - Impulsividade; - Precipita respostas antes que as perguntas tenham sido completadas; - Dificuldade em esperar pela sua vez; - Interrompe ou perturba os outros,	Os sintomas das categorias I e II.

- Distrai-se facilmente com estímulos extrínsecos irrelevantes; - Esquece-se com facilidade das tarefas diárias.	interferindo nas suas actividades.	
---	------------------------------------	--

Quadro 1 – Critérios da DSM-IV para o Diagnóstico da PHDA.

No entanto, ainda é muito difícil fazer este diagnóstico, pois, por vezes confunde-se hiperactividade com problemas de comportamento e/ou imaturidade, o que não é a mesma coisa. Apesar de crianças hiperactivas apresentarem comportamentos disruptivos, o seu maior problema reside no seu comportamento cognitivo, ou seja, a falta de atenção e a impulsividade.

Barkley (2009) chega mesmo a referir que “os sintomas de hiperactividade tendem a aparecer mais cedo do que os sintomas da desatenção. Os sintomas hiperactivos diminuem de frequência e intensidade ao longo do desenvolvimento, enquanto que os comportamentos de desatenção são mais estáveis ao longo do tempo. Na idade adulta estes comportamentos (desatenção, hiperactividade e impulsividade) tendem a diminuir de frequência e intensidade e passam a manifestar-se sob características algo diferentes.”

Daí a que seja tão importante fazer um diagnóstico diferencial da hiperactividade, assente na presença:

- Défice de atenção;
- Impulsividade;
- Excesso de actividade motora;
- Inteligência normal;
- Problemas associados, tais como: agressividade e dificuldade nas relações interpessoais;
- Início dos sintomas na primeira infância e persistência dos mesmos ao longo da idade escolar;
- Relatos dos pais e professores sobre o comportamento da criança.

E ausência de lesões cerebrais e de condições sócio-ambientais muito deficitárias, que podem condicionar e/ou contribuir para o comportamento e desenvolvimento da criança.

3.8. Estratégias de Intervenção com crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

A Intervenção com estes alunos deve ser feita de uma forma abrangente (casa; escola e comunidade), onde seja estabelecida uma estratégia comum a longo prazo.

A Intervenção deve ter como objectivos:

- melhorar as relações sociais (pais, colegas, professores);
- diminuir comportamentos disruptivos;
- melhorar competências académicas;
- promover a independência, o auto-controlo e a assertividade;
- melhorar a auto-estima e permitir um desenvolvimento emocional mais harmonioso;
- impedir a evolução para comportamentos anti-sociais e de marginalidade.

Actualmente na Intervenção feita a crianças hiperactivas, o mais frequente e eficaz são os tratamentos médicos ou farmacológicos e as terapias do comportamento (técnicas de modificação da conduta e técnicas cognitivas e comportamentais).

3.8.1. Intervenção Farmacológica

No que concerne aos tratamentos médicos, através de fármacos (psicoestimulantes), é importante ressaltar que não existe nenhum medicamento que cure a hiperactividade, estes apenas atenuam os sintomas. Entre os fármacos mais receitados encontramos a *Dexedrina*, o *Ritalin*, o *Concerta* e o *Cylert* que são na realidade estimulantes que modificam as condutas e funções, diminuindo a actividade física da criança e aumentando os seus períodos de concentração, que vão ajudar no rendimento escolar.

Com a prescrição destes fármacos pretende-se aumentar os níveis de dopamina e assim melhorar o grau de funcionalidade dos lobos frontais.

Cerca de 70% a 80% das crianças que tomam estes medicamentos apresentam resultados positivos e melhoras comportamentais significativas.

Cada médico escolhe o fármaco a aplicar mediante os efeitos secundários que apresentam, a confiança e experiência que esses fármacos lhes oferecem, a duração dos mesmos e o tempo que demoram até surtirem resultados.

3.8.2. Intervenção Psicossocial

No que concerne ao **contexto familiar** a intervenção deverá passar em primeiro lugar por informar os pais sobre as principais características das crianças com PHDA e ensinar / trabalhar sobre as práticas educativas parentais mais adaptativas, através de programas de treino para pais monitorizados regularmente, onde se destaquem:

- técnicas eficazes para promover a disciplina e potenciar comportamentos positivos nas suas crianças;
- lidar e reagir adequadamente face aos comportamentos disruptivos dos filhos;
- estratégias disciplinares consistentes, firmes e adequadas para reforçar o comportamento adaptativo e diminuir o comportamento disruptivo;
- utilização de Registos de Comportamentos.

Em **contexto escolar** aconselham-se os professores a seguirem um conjunto de estratégias que levem ao sucesso escolar e comportamental, de entre muitas estratégias destacam-se:

- elaboração Registos Comportamentais com Sistemas de Pontos, com conseqüentes recompensas quando atingir o comportamento desejado, onde se identifiquem os comportamentos desajustados a serem modificados, em que a recompensa esteja claramente definida e que sejam imediatas após a observação do comportamento desejado;
- utilização de modelos de gestão comportamental na sala de aula;
- utilização de programas de Treino de Competências Sociais;

- sala de aula bem estruturada com poucos estímulos visuais e sempre que possíveis inseridos numa turma reduzida, com alunos bem comportados e sem alunos perturbadores.

3.8.3. Intervenção Cognitivo-Comportamental

As técnicas de modificação comportamental através da **Terapia Cognitivo – Comportamentais** são as intervenções psicoterapêuticas mais eficazes. Estas têm muito bons prognósticos quando articulada com a Intervenção Farmacológica e a Intervenção Psicossocial.

Loro – López et al. (2009) defendem que a nível **Comportamental** se deveria intervir através de:

- contractos comportamentais;
- registos comportamentais;
- programas de economia de fichas;
- manuais terapêuticos de modificação comportamental.

E a nível **Cognitivo** através de:

- modelos de auto-instrução;
- auto-monitorização e auto-regulação comportamental;
- estratégias de Resolução de Problemas;
- utilização de manuais terapêuticos de modificação comportamental;
- desconstrução das crenças irrealistas e desajustadas sobre o seu próprio comportamento.

II – Enquadramento Empírico

1. Pressupostos metodológicos

a. O Estudo de caso

Debruçar-nos-emos um pouco sobre a metodologia do **Estudo de Caso**, por ser a metodologia de investigação que se enquadra, no nosso entender, e pelas suas características, no desenvolvimento deste Projecto.

O Estudo de Caso enquadra-se como uma abordagem qualitativa e é frequentemente utilizado para recolha de dados na área de estudos organizacionais, apesar das críticas que ao mesmo se faz, considerando-se que não tenha objetividade e rigor suficientes para se configurar enquanto um método de investigação científica.

Alguns autores defendem que existem desvantagens em relação à utilização do Método de Estudo de Caso nomeadamente: os dados poderem ser facilmente distorcidos pelo pesquisador, para explicar questões de maneira mais efectiva; os estudos de caso não fornecem base para generalizações científicas; a afirmação de que estudos de caso demoram muito e acabam gerando inclusão de documentos e relatórios que não permitem objetividade para análise dos dados.

No entanto, Yin (2001) e Fachin (2001) manifestam que estas questões podem estar presentes em outros métodos de investigação científica se o pesquisador não tiver treino ou as habilidades necessárias para realizar estudos de natureza científica; não sendo assim desvantagens intrínsecas ao Método de Estudo de Caso.

Três aspectos se apresentam relevantes na discussão sobre o Estudo de Caso:

- a natureza da experiência, enquanto fenómeno a ser investigado;
- o conhecimento que se pretende alcançar;
- a possibilidade de generalização de estudos a partir do método.

Quanto à profundidade ou natureza da experiência, para Stake (In Denzin e Lincoln, 2001) o que é condenado no método é justamente o aspecto mais interessante de sua natureza: ele está epistemologicamente em harmonia com a experiência daqueles que com ele estão envolvidos e, portanto, para essas pessoas constitui-se numa base natural para generalização.

Quanto ao tipo de conhecimento que se pretende adquirir, Stake (In Denzin e Lincoln, 2001) apresenta a diferença entre explanação e compreensão de um fenómeno.

No Estudo de Caso a evidência está na compreensão, fundamentada basicamente no conhecimento implícito que, segundo o autor, tem uma forte ligação com intencionalidade, o que não ocorre quando o objetivo é meramente explanação, baseada no conhecimento proposicional. Assim, quando a explanação, ou a busca de um conhecimento proposicional, seja a “alma” de um estudo, o estudo de caso pode ser uma desvantagem, mas quando o objectivo é a compreensão, ampliação da experiência, a desvantagem desaparece.

Quanto à possibilidade de generalização a partir do Estudo de Caso, cabe aqui uma discussão do que é um caso.

Um caso pode ser definido como um fenómeno de certa natureza ocorrendo num dado contexto (MILES e HUBERMAN, 1994). O caso é uma unidade de análise, que pode ser um indivíduo, o papel desempenhado por um indivíduo ou uma organização, um pequeno grupo, uma comunidade ou até mesmo uma nação. Todos esses tipos de caso são unidades sociais.

Frequentemente o problema sob estudo preocupa-se mais em estabelecer as similaridades entre situações e, a partir daí, estabelecer uma base para generalização, o que muitas vezes justifica a generalização de um caso para outro, muito mais do que para uma população de casos.

A utilização de um único caso é apropriada em algumas circunstâncias: quando se utiliza o caso para se determinar se as proposições de uma teoria são corretas; quando o caso sob estudo é raro ou extremo, ou seja, não existem muitas situações semelhantes para que sejam feitos estudos comparativos; quando o caso é revelador, ou seja, quando o mesmo permite o acesso a informações não facilmente disponíveis (Stake, In Denzin e Lincoln, 2001).

Passos da concepção de estudos de caso

- **Primeiro passo**, segundo Yin (2005): “definir o caso que está a estudar”, ou seja, o “tópico” ou “unidade de análise”.

Fazer essa definição “ajuda enormemente a organizar o estudo de caso” e essa escolha pode manter-se na medida em que se apoiou em perguntas de pesquisa e literatura adequada, mas, depois de coligir os primeiros dados, pode *redefinir-se* o “caso”, o que pode obrigar a rever as perguntas e a literatura de apoio.

- **Segundo passo:** optar por um *estudo singular de caso*, ou por um *estudo múltiplo de casos*. Mas também é preciso decidir se o caso singular é *holístico* ou tem *incluídos* sub-casos dentro do caso holístico. Por exemplo, um caso holístico pode analisar porquê um determinado sistema escolar aplicou certas orientações para promoção dos estudantes e, nesse estudo, várias salas de aula desse sistema podem servir como “subcasos incluídos”.

É importante a decisão de usar estudo singular ou múltiplo, pois “focar um caso singular obriga a devotar cuidadosa atenção a esse caso”, e, quanto à opção por casos múltiplos, Yin propõe: “Ter casos múltiplos pode ajudar a reforçar os achados de todo o estudo – porque os casos múltiplos podem ser escolhidos como *replicações* de cada caso, como comparações deliberadas e contrastantes, ou variações com base em hipóteses”.

- **Terceiro passo:** “decidir usar ou não desenvolvimento teórico (*theory development*) para ajudar a seleccionar o caso, desenvolver o protocolo de recolha de dados e organizar as estratégias iniciais de análise de dados”.

b. A situação – problema

A **Lei de Bases do Sistema Educativo** (2010) estabelece o direito e dever à educação através de um sistema de ensino de qualidade para **todos** os alunos, independentemente da sua raça e/ou religião, que favoreça o desenvolvimento global da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade, assegurando o direito à diferença, bem como da consideração e valorização dos diferentes saberes e culturas.

Como objectivos para o 1.º Ciclo do Ensino Básico esta Lei pretende:

- a) Assegurar uma formação geral comum a todos os portugueses que lhes garanta a descoberta e o desenvolvimento dos seus interesses e aptidões, capacidade de raciocínio, memória e espírito crítico, criatividade, sentido moral e sensibilidade estética, promovendo a realização individual em harmonia com os valores da solidariedade social;

- b)** Assegurar que nesta formação sejam equilibradamente inter-relacionados o saber e o saber fazer, a teoria e a prática, a cultura escolar e a cultura do quotidiano;
- c)** Proporcionar o desenvolvimento físico e motor, valorizar as actividades manuais e promover a educação artística, de modo a sensibilizar para as diversas formas de expressão estética, detectando e estimulando aptidões nesses domínios;
- d)** Proporcionar a aprendizagem de uma primeira língua estrangeira e a iniciação de uma segunda;
- e)** Proporcionar a aquisição dos conhecimentos basilares que permitam o prosseguimento de estudos ou a inserção do aluno em esquemas de formação profissional, bem como facilitar a aquisição e o desenvolvimento de métodos e instrumentos de trabalho pessoal e em grupo, valorizando a dimensão humana do trabalho;
- f)** Fomentar a consciência nacional aberta à realidade concreta numa perspectiva de humanismo universalista, de solidariedade e de cooperação internacional;
- g)** Desenvolver o conhecimento e o apreço pelos valores característicos da identidade, língua, história e cultura portuguesas;
- h)** Proporcionar aos alunos experiências que favoreçam a sua maturidade cívica e sócioafectiva, criando neles atitudes e hábitos positivos de relação e cooperação, quer no plano dos seus vínculos de família, quer no da intervenção consciente e responsável na realidade circundante;
- i)** Proporcionar a aquisição de atitudes autónomas, visando a formação de cidadãos civicamente responsáveis e democraticamente intervenientes na vida comunitária;
- j)** Assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas, designadamente, a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades;
- l)** Fomentar o gosto por uma constante actualização de conhecimentos;
- m)** Participar no processo de informação e orientação educacionais em colaboração com as famílias;
- n)** Proporcionar, em liberdade de consciência, a aquisição de noções de educação cívica e moral;
- o)** Criar condições de promoção do sucesso escolar e educativo a todos os alunos.

Os alunos com PHDA fazem parte deste grupo de alunos e como tal é fundamental atender às suas características de forma eficaz e que visem promover o sucesso pessoal e educativo.

Daí que seja fundamental quais as Atitudes que os professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico revelam e essas são promotoras de uma plena inclusão e consequente desenvolvimento pessoal e académico de todos os alunos, inclusivamente dos alunos com PHDA.

c. Pergunta de partida

Ao longo do Projecto pretendemos dar resposta à seguinte pergunta:

Que estratégias implementar para promover uma atitude favorável de docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico face à inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção?

d. Objectivos

Como Objectivo Geral deste Projecto ambicionamos:

Identificar as estratégias a utilizar para promover uma atitude favorável de docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico face à inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Entre os Objectivos Específicos aspiramos:

Descrever as atitudes reveladas pelos professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico face à inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção;

Inventariar as razões que justificam essas atitudes;

Referir as estratégias favoráveis para levar à prática para melhorar as atitudes diagnosticadas.

e. Questões de investigação (hipóteses)

Para delineamento deste estudo de caso equacionamos responder às seguintes hipóteses:

As atitudes reveladas pelos Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico face à inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Hipótese 1 - As razões que justificam essas atitudes por parte dos docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Hipótese 2 - A prática melhora as atitudes diagnosticadas por parte dos docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Como variáveis do estudo apresentamos:

- i. **Variáveis dependentes** – Inclusão; Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção;
- ii. **Variáveis independentes** – Atitudes; Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

f. Modos de recolha de dados

O instrumento de pesquisa utilizado para servir de instrumento de recolha de dados constou de um questionário por inquérito. **(anexo 1)**

Utilizámos esta técnica por ser a adequada para inquirir um número abrangente de pessoas e permitir recolher informações que tiveram como objectivo obter dados quantitativos sobre as Atitudes dos professores em relação à inclusão de crianças com PHDA.

O questionário aplicado serviu de base a dois estudos realizados na Faculdade de Motricidade Humana em parceria com o Cadin¹ e o original é da autoria da equipa de Défices de Atenção do Cadin (Ana Rodrigues e Joana Horta). **(anexo 2)**

Este estudo tem carácter sobretudo exploratório (descritivo) como uma análise quantitativa, qualitativa e correlacional dos resultados.

O nosso estudo é um estudo descritivo uma vez que a nossa investigação apresenta:

- Formulação do problema, revisão da literatura, formulação dos objectivos, definição da amostra e escolha de técnica de recolha de dados (instrumento).

g. Estrutura do questionário

O Questionário do presente estudo é composto por **onze questões** englobando perguntas de carácter aberto e carácter fechado e com duas questões para ordenar as opções fornecidas.

O questionário foi estruturado em cinco partes essenciais, onde se agruparam um conjunto de questões relacionadas com cada área relativas à problemática que em seguida surgirão discriminadas:

Parte I – Identificação e Dados Pessoais

Formação:		Género: M ☐ F ☐	
Anos de Leccionação:		Idade:	
Nível Académico:	Situação Profissional:	Ano escolar que lecciona:	
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0- nenhum; 1- Pouco; 2- Suficiente; 3- Bom)		0 1 2 3	
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA (0- nenhum; 1- no curso; 2- conferências, leituras, etc.; 3- Cursos breves, acções pontuais; 4- Pós-graduada, especializada)		0 1 2 3 4	

Parte II – Conhecimento sobre a problemática

Características que levam o professor a suspeitar de uma situação de PHDA, características que o professor considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com PHDA, a prevalência, as causas, a sua evolução, quem faz o seu diagnóstico e os problemas que lhe podem estar associados.

- 1- Das seguintes características, qual/quais é/são a(s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? (assinale com uma cruz)

Falta de Atenção	
Hiperactividade	
Impulsividade	

3. Classifique quanto à prevalência: A PHDA é: (Assinale com uma cruz (x) uma única opção)

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	

4. Na sua opinião o que pode causar a PHDA? (Assinale com uma cruz (x))

Factores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Factores genéticos	
Estilos Parentais	
Factores Biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)	
Outros – Quais?	

5. Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	

6. Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? (Assinale com uma cruz (x))

Professor	
Psicólogo	
Professor Ensino Especial	
Médico	
Outro – Quem?	

7. Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?

Sim	
Não	

Parte III – Avaliação do Impacto que causa em contexto escolar

Características que provocam maior desadaptação e que estão associadas à PHDA;

2- Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção? (assinale 5)

1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades	
3. Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	
4. Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	
5. Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas	
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares).	
7. Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares.	
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	
9. Esquece-se das actividades quotidianas.	
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	
12. Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	
13. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	
14. Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	
15. Fala excessivamente.	
16. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	
17. Tem dificuldade em esperar a sua vez.	
18. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	

8. Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desatenção?

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	
Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa auto-estima	
Comportamentos de risco	
Outros – (Quais?)	

Parte IV – Atitude face à situação

Há autores que referem que a atitude deve ser analisada em relação a três pontos de vista (Sentimentos, Conhecimentos e Comportamento) e não só ao nível do comportamento. O nosso estudo avaliou a atitude apenas no que se relaciona com o comportamento.

Assim com as questões, 9 e 10 pretendemos saber que forma de intervenção poderá trazer mais benefícios, bem como a importância das opções a tomar quando um professor se encontra face a uma criança com PHDA.

9. Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 7- menos importante)

Medicação	
Colaboração Pais - Escola	
Terapia familiar	
Apoio escolar/académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros – (Quais?)	

10. Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 9- menos importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Outro – Qual?	

Parte V – Estratégias de Intervenção em contexto escolar utilizadas pelos professores com crianças com PHDA.

11. A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças. (0- Nunca; 1- Frequentemente; 2- Sempre)

1. Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios,...).	0	1	2
2. Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	0	1	2
3. Ignorar pequenos comportamento inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	0	1	2
4. Time-out (tempo de afastamento da classe).	0	1	2
5. Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	0	1	2
6. Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas.	0	1	2
7. Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	0	1	2
8. Supervisão frequente do trabalho.	0	1	2
9. Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	0	1	2
10. Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	0	1	2
11. Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	0	1	2
12. Regras da sala de aula identificadas e assinaladas na sala.	0	1	2
13. Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: pôr o nome da criança no quadro).	0	1	2
14. Reprimendas verbais.	0	1	2
15. Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feedback como os objectivos foram alcançados.	0	1	2

16. Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo.	0	1	2
17. Regulamento Disciplinar da Escola (Ex.: normas de conduta; procedimentos disciplinares).	0	1	2
18. Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex. “permanecer sentado”escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	0	1	2
19. Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	0	1	2
20. Ameaçar o aluno (Ex.: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	0	1	2
21. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	0	1	2

h. Procedimentos de recolha de dados

Foi pedida a autorização à Directora Pedagógica do Agrupamento da Escola Pública (**anexo 3**) e ao Director Pedagógico do Colégio Particular (**anexo 4**) 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.

2- Caracterização diagnóstica e contextualizada da situação-problema

a. O meio

Esta investigação – acção decorreu em duas escolas do agrupamento de escolas do Bom Sucesso (uma escola pública e um colégio privado) situadas na freguesia de Alverca do Ribatejo.

A cidade e freguesia de Alverca do Ribatejo, pertence ao concelho de Vila Franca de Xira, da qual dista 7,3 quilómetros.

Está situada junto às antigas portas de Lisboa, definidas por dois obeliscos – mandados construir pela rainha D. Maria I em 1782 – que limitavam, na época, o princípio e o termo da cidade de Lisboa e o sul do Ribatejo.

Alverca do Ribatejo, embora pertencendo à província da Estremadura, está localizada na região do Ribatejo. Faz parte do patriarcado e do distrito de Lisboa, da qual dista 18 quilómetros.

Banhada a nascente pela margem direita do rio Tejo, é constituída, em parte, por aprazível planície e o restante por outeiros e vales.

A área da freguesia é de 19,01 quilómetros quadrados e confina com as seguintes freguesias: a norte, Sobralinho e Calhandriz; a sul, Vialonga e Forte da Casa; e a poente, Calhandriz, Bucelas (concelho de Loures) e Vialonga.

Alverca do Ribatejo tem o apelido regional, para a distinguir da sua homónima beirã (Alverca da Beira), que fica entre Pinhel e Guarda.

Alverca é uma das freguesias mais importantes e a segunda em superfície do concelho de Vila Franca de Xira.

Fundada em data imprecisa, talvez no século IX ou X pelos árabes, foi sede de concelho até 1855.

Passou depois por uma fase de estagnação, em contraste com Alhandra, mas principalmente com Vila Franca de Xira, que seguiam então uma marcha ascencial.

Este declínio de Alverca – fenómeno natural na vida das localidades ou das nações – pertence ao passado e actualmente, só se conhece a palavra **Progresso**.

Alverca foi elevada à categoria de Cidade em 9 de Agosto de 1990.

De entre muitas empresas destacam-se pela sua dimensão e importância económica para a freguesia, as seguintes:

- **O. G. M. A.** – Estabelecimento Fabril da Força Aérea, com vários clientes estrangeiros. Reparação, manutenção e construção de aviões, motores e respectivos componentes.
- **OBRIVERCA** – grande empresa de construção civil.
- **PROVIMI** – alimentos para animais.

- **TERTIR** – Terminal Tir, que ocupa uma elevadíssima área de terreno, onde diariamente chegam dezenas de carros com cargas provenientes de diversos pontos da Europa.
- **3M** – equipamento informático.

O número de habitantes conhecido são referentes a 2008 e estão estimados em:

População

Masculino	23.886
Feminino	25.114
Total	49.000

A comunidade está servida dos seguintes serviços sociais públicos:

- Escolas de 1.º Ciclo do Ensino Básico – 6
- Escolas do 2.º, 3.º Ciclo do Ensino Básico e Secundário – 2
- Centro de Formação Profissional - 1
- **CASBA** – “Centro de Apoio Social às Crianças do Bom Sucesso e Arcena” que apoia 250 crianças.
- **CERCITEJO** – “Cooperativa de Reabilitação de Crianças Inadaptadas”.
- **CEBI** – “Centro de Bem-estar Infantil de Alverca / Centro Comunitário de Alverca”.

b. As escolas

O Colégio

O Colégio existe em Alverca do Ribatejo desde 1990. No entanto, e muito antes de ter aberto as portas como Colégio, já existia em Alverca o Centro de Bem-Estar Infantil, a partir do desenvolvimento do qual se formou o Colégio.

Na década de 60, algumas pessoas tinham o hábito de se reunir e de conversar sobre questões sociais e políticas de Alverca do Ribatejo. Estavam convictas de que era necessário organizar actividades para a promoção sócio-cultural das famílias de Alverca.

Decidiu-se fazer uma sondagem à população no âmbito de se compreender quais os principais problemas. A maior preocupação dos pais era o acompanhamento das crianças durante o período laboral destes. Sendo urgente garantir as necessidades das famílias.

O primeiro acolhimento de crianças iniciou-se numa cave de uma vivenda da Paróquia de S. Pedro de Alverca, cedida pelas O.G.M.A.

A 25 de Novembro de 1968, teve início o Jardim-de-infância da Paróquia de S. Pedro de Alverca. Este, abriu com 4 crianças, a alimentação era trazida de casa e os funcionários eram voluntários.

Com o apoio das O.G.M.A. e de outras empresas foi possível aumentar a área disponível, possibilitando a frequência de mais crianças.

O Jardim-de-infância passou a ter ao seu dispor uma educadora e uma auxiliar. O Estado começou a reconhecer a importância do Jardim-de-infância, concedendo-lhe o primeiro subsídio em 1972.

A 31 de Janeiro de 1974, foi publicado no “Diário do Governo” o estatuto do «Centro de Bem-estar Infantil de Alverca do Ribatejo» como Instituição Particular de Assistência de tipo associativo.

Os objectivos eram de «colaborar com as famílias na promoção da saúde e educação das crianças da primeira e segunda Infância».

Em Novembro de 1968, o Centro integrou o Jardim-de-infância da Paróquia de S. Pedro de Alverca, tendo continuado e alargado a acção que este vinha a realizar. O Centro começou a desenvolver, actividades com crianças até aos 3 anos quando integrou um Infantário que entretanto se havia constituído em Alverca.

Em 1976, o Instituto de Obras Sociais passou a assegurar as despesas com o pessoal correspondente às actividades até ao máximo de 110 crianças. A alimentação passou a ser do encargo do Centro.

A alteração do tempo escolar e a crescente ocupação profissional da mulher em regime de horário completo, ou por turnos, foram alguns factores de agravamento dos riscos que corriam as crianças que ficavam sem acompanhamento de professores ou de familiares várias horas por dia.

Criou-se, então, uma actividade que preenchesse os tempos livres do horário da escolaridade obrigatória – A.T.L. (Actividade de Tempos Livres). Esta era frequentada por 20 crianças do Ensino Primário que faziam ali, os trabalhos de casa, educação física, trabalhos manuais, pintura, jogos, teatro e participavam em festas.

Foi necessário criar um Gabinete de Apoio Psico-Pedagógico, com a colaboração do Ministério de Educação Nacional.

O Centro de Bem-estar Infantil de Alverca começava a ultrapassar, na prática, o âmbito dos seus estatutos. Entretanto, o contexto político e o enquadramento legal tinham-se modificado. A Instituição tinha crescido e evoluído.

A 23 de Julho de 1982, procedeu-se à alteração dos estatutos da IPSS – «CEBI – Centro de Bem-estar Infantil de Alverca do Ribatejo». O CEBI passou a ter como objectivo contribuir para a promoção e auxílio da população da freguesia de Alverca, mantendo as actividades de Infantário, Jardim-de-infância, Actividades de Tempos Livres e Apoio Familiar.

Em 1982, começaram a funcionar 6 Creches Familiares. Visto as crianças que frequentavam o Ciclo Preparatório, na escola oficial, terem várias horas livres, fez com que se organizasse uma actividade designada por Clube de Jovens (fig.1). Aqui, havia regras, um

responsável e faziam os trabalhos; conversava-se; ouviam música; tinham teatro; jornal de parede; xadrez; e outros jogos.



Fig.1 Clube de Jovens

O “CEBI – Brinca”, nasceu em 1986. É uma loja de material escolar e brinquedos de venda directa ao público e integrada na Instituição.

Em 1987, iniciou-se a Actividade Editorial que tem como objectivo publicar obras inéditas de literatura infantil de autores portugueses.

A necessidade de informar sobre os direitos das crianças e de divulgar as iniciativas neste âmbito incentivou o CEBI a criar o Jornal “Despertar”.

Um pouco afastado do centro de Alverca, havia um bairro desfavorecido em que a população manifestava dificuldades. Para resolver este caso, o CEBI iniciou o funcionamento do Centro de Apoio à Infância, possibilitando a manutenção de uma acção organizada e orientada para as crianças deste bairro.

As crescentes alterações económicas, sociais e culturais da população de Alverca acarretavam um aumento do isolamento e das carências de pessoas idosas, doentes e com deficiências que permaneciam em suas casas, sem que as famílias lhes prestassem o apoio necessário.

Iniciou-se, então, o Serviço de Apoio Domiciliário, permitindo às pessoas idosas e às famílias serviços de alimentação, de higiene pessoal, de roupas e de habitação. Contudo, não era o suficiente. Criaram-se pequenas Residências de Acolhimento Temporário, permitindo abrigo. Foi criado o Centro de Dia para algumas pessoas idosas que permaneciam desocupadas e sozinhas em suas casas, durante o dia.

Desde 1986, que a Instituição vem a promover Acções de Formação Profissional diversificadas, consoante os profissionais a que se destina e principalmente cursos para desempregados de longa duração e jovens à procura do 1º emprego.

O Serviço de Fisioterapia (fig.2) surgiu de um Protocolo de Cooperação que o CEBI estabeleceu com a Liga Portuguesa de Deficientes Motores.



Fig.2 Clínica

O Serviço de Atendimento e Formação, foi criado devido às solicitações de várias famílias para a divulgação de informação sobre o alastramento das situações da toxicod dependência e o aumento de riscos de consumo e tráfico de drogas. Este serviço tinha o objectivo de acolher, formar e encaminhar pessoas em risco de dependência de tóxicos e das suas famílias.

Em 1990, o CEBI iniciou as actividades do Externato – CEBI, leccionando o 1.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico. As instalações tornaram-se insuficientes.

Em 1985, o CEBI pôde, finalmente, dispor do terreno da Quinta de Santa Maria que tinha sido doado pela Família Segura de Faria, há bastante tempo. Iniciou-se a elaboração do projecto das novas instalações e a angariação de fundos para a construção, a qual teve o lançamento da primeira pedra a 8 de Dezembro de 1986 (fig.3). As salas do Jardim-de-infância, o refeitório e as dependências anexas foram os primeiros edifícios a serem construídos, seguiram-se os Serviços Administrativos e o Externato.



Fig.3 Início das obras do Colégio

Em 27 de Outubro de 1992, por escritura notarial, foi reformulado na íntegra o texto do estatuto e alterada a designação social para CEBI – Centro Comunitário de Alverca do Ribatejo.

Também, neste ano, o CEBI desencadeou a constituição da Comissão de Protecção de Menores da Comarca de Vila Franca de Xira.

O Centro de Emergência Social (fig.4) foi criado pelo CEBI para apoiar pessoas em situação de emergência, de exclusão social, permitindo o acolhimento imediato às pessoas cuja situação grave de necessidade era de resposta urgente.



Fig.4 Centro de Emergência Social

O CEBI criou uma associação de voluntários de acção social – Voluntas – e uma associação juvenil – Clube CEBI – Jovem. Nos finais da década de 80 e preparando a transferência de serviços para as novas instalações na Quinta de Santa Maria, o CEBI criou o Departamento Pedagógico. Este enquadra todas as actividades de carácter educativo.

Este grande crescimento da Instituição levou a que a Direcção pensasse em criar uma estrutura sólida. Em 1995 foi decidido, em Assembleia-geral de associados, criar uma Fundação (fig.5).



Fig.5 Colégio

Em 1995 a Instituição passou a ser Fundação e ficou com a designação de CEBI – Fundação para o Desenvolvimento Comunitário de Alverca. É constituída pela Assembleia de Fundadores, Conselho de Administração e Conselho de Directores.

Em 1999 começou a funcionar o Centro de Recursos do Zambujal e o Centro de Recursos de Fonte Boa dos Nabos na Ericeira.

O impulsionador desta grande obra faleceu em 12 de Junho de 1999. Em sua homenagem, o Departamento de Educação passou a designar-se por **Colégio José Álvaro Vidal**.

Os grandes parceiros desta instituição são: as O.G.M.A. – Indústria de Material Aeronáutico, SA, a Câmara Municipal de Vila Franca de Xira, o Crédito Predial Português e a Liga dos Amigos do CEBI (parceiro maioritário).

A complexidade da Fundação obrigou que fosse constituído um Conselho de Directores (cinco) que são responsáveis pelos diversos Departamentos. Para além disto, todas as valências têm uma coordenadora, e existem, também, duas Directoras Adjuntas na área da Educação.

A caracterização da Escola demonstra a existência de condições a nível: estrutura física, apetrechamentos e técnicos diferenciados, que podem possibilitar o desenvolvimento do aluno.

Este estabelecimento comporta dois tipos de espaços: espaço interior e espaço exterior. No que respeita ao **espaço interior** podemos indicar os seguintes:

- | | |
|---|------------------------------|
| -21 salas de aula (ao nível do 1.º Ciclo); | -Arrecadação; |
| -28 salas de aula (ao nível do Pré-escolar); | -Pavilhão Gimnodesportivo; |
| -19 salas de aula (ao nível do 2.º e 3.º Ciclos); | -Cozinha e refeitório; |
| -Gabinete SPO/Apoio Educativo; | -Salas para pessoal docente; |
| -Gabinetes para Coordenação; | -Casas de banho; |
| -1 Bibliotecas; | -Salas de arrumos; |

- Balneários M/F;
- 2 Ludotecas.
- Gabinete GIS;
- Salas para pessoal não docente;

No que se refere ao **espaço exterior** importa referir:

Recreios;	Anfiteatro;
Estufa;	2 Campos de jogos.

As salas de aula estão equipadas com mobiliário comum com linhas modernas dada a construção recente da escola. Cada sala possui uma arrecadação e cada duas salas uma sala de expressão plástica devidamente equipada.

A cozinha e refeitório estão convenientemente equipados .

A Biblioteca possui o material necessário a este espaço: estantes, televisão, vídeo, computadores, espaço do conto.

A sala de docentes é um espaço de convívio, com telefone, sofás e cacifos, apresentando, também, uma máquina de café e uma máquina de água mineral.

O Gabinete de Coordenação está equipado convenientemente para a função que desempenha.

A nível do Material Pedagógico a escola goza do privilégio de usufruir de um conjunto muito vasto de material/instrumentos riquíssimos para o enriquecimento das actividades escolares.

Destaca-se ainda o material desportivo e laboratorial que ao contrário das demais escolas do nosso País, se apresenta em qualidade, diversidade e qualidade apreciáveis.

Neste Colégio o número de turmas tem oscilado entre as vinte e sete e trinta turmas.

O corpo docente é predominantemente feminino e a sua faixa etária oscila entre os vinte e um e cinquenta anos de idade.

Ainda no que concerne ao pessoal docente, podemos indicar os seguintes:

- 39 docentes de 2.º e 3.º Ciclos;
- 28 docentes de 1.º Ciclo;
- 17 Educadoras de Infância (JI);
- 12 Educadoras de Infância (Creche);
- 16 Assistentes Familiares.

Relativamente ao Pessoal não Docente, a escola dispõe de:

- 25 Auxiliares de Acção Educativa (Creche);
- 27 Auxiliares de Acção Educativa (JI);
- 32 Auxiliares de Acção Educativa (1.º, 2.º e 3.º ciclos).
- 5 Psicólogas.

A Escola Pública

A Escola Básica dos 1.º, 2.º e 3.º Ciclos surgiu em Alverca no ano de 1997 com o principal objectivo de promover, qualificar e certificar as aprendizagens curriculares das crianças, dos jovens e dos adultos residentes nas localidades envolventes, tendo sempre em vista a sua plena integração na sociedade.

Em 1999 esta escola conjuntamente com as escolas Básicas do 1.º Ciclo de Arcena e o Jardim de Infância do Bom Sucesso passaram a integrar um dos primeiros agrupamentos de escolas da área da Direcção Regional de Educação de Lisboa: o Agrupamento de Escolas do Bom Sucesso.

O crescimento populacional da zona resulta, essencialmente, do fluxo migratório das zonas rurais para as grandes cidades, da deslocação para Portugal de populações imigrantes oriundas essencialmente de Cabo-Verde e da Guiné-Bissau e ainda da fixação de jovens famílias nas novas urbanizações que vão surgindo.

A Escola Básica dos 1.º, 2.º e 3.º Ciclos é a sede do Agrupamento e proporciona boas condições a nível de instalações e espaços envolventes. Projectada para integrar os vários ciclos do Ensino Básico, dotados de espaços e equipamentos adequados, oferece condições facilitadoras do desenvolvimento das várias vertentes educacionais.



Fig. 6 Escola Básica

A escola é de tipologia T24, funciona num edifício principal único e num pavilhão gimnodesportivo.

No **espaço interior** da escola é constituído por:

- oito salas de aula para o 1.º Ciclo;
- dez salas de aula para os 2.º e 3.º Ciclos;
- dois laboratórios de Ciências da Natureza/Naturais;
- um laboratório de Ciências Físico-Químicas;
- duas salas de Educação Visual e Tecnológica;
- uma sala de Educação Tecnológica/CEF de Mercenaria;
- uma sala de Educação Visual;
- uma sala de Educação Musical;
- duas salas de Informática/CEF de Informática;
- uma Sala da Unidade de Apoio Especializado à Multideficiência;
- uma sala Polivalente/Sala de Teatro.

Em termos de **áreas de trabalho** a escola possui:

- um Gabinete da Direcção Executiva/Director;
- um Gabinete de Apoio à Direcção Executiva/Director;
- um Gabinete de Educação Especial;
- um Gabinete Médico/Gabinete de Aluno/Gabinete de Associação de Pais e Encarregados de Educação/Gabinete da Pró-Associação de Estudantes;
- uma Sala de Professores;
- uma Sala dos Directores de Turma;
- uma Sala de Clubes e Projectos;
- uma Sala do Pessoal Não Docente;
- um Gabinete de Recepção e Atendimento;
- uma Sala de Convívio dos Alunos;
- um Refeitório.

O **espaço exterior** possui uma grande área pavimentada, uma área ajardinada, um pequeno anfiteatro com telheiro central para representações e um pequeno parque lúdico para os alunos do 1.º Ciclo.



Fig. 7 O espaço exterior para o 1.º Ciclo

c. Os professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico

Os dados deste estudo foram recolhidos junto de cinquenta e três professores da região periférica de Lisboa, do 1.º Ciclo do Ensino Básico, de um Colégio particular e de uma escola pública Básica dos 1.º, 2.º e 3.º Ciclos, ambas pertencentes ao mesmo Agrupamento de Escolas, em duas situações profissionais: a leccionar numa turma regular ou em apoios educativos/Educação Especial.

Foram ainda consideradas, para a caracterização dos grupos, a idade, o género, as habilitações académicas, o tempo de serviço docente, o tempo de serviço em educação especial/apoios educativos, a aquisição de formação especializada e a situação profissional.

O conjunto de sujeitos que foi estudado apresenta limitações, uma vez que se trata de uma amostra “voluntária”, sendo constituída pelos sujeitos que voluntariamente responderam ao questionário.

3- Pressupostos teóricos

O **Questionário** é um instrumento de recolha de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Consiste em traduzir os objectivos da pesquisa em perguntas claras e objectivas.

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.”

Quando se elabora um questionário devem-se ter certos cuidados, tais como: conhecer o assunto, cuidado na selecção das perguntas; este deve ser acompanhado de instruções e deve ter uma boa apresentação.

TIPOS DE QUESTÕES:

a) **Aberta:** são as que permitem ao informante responder livremente, usando linguagem própria e emitir opiniões.

Entretanto, apresenta alguns inconvenientes:

- ↳ Dificulta a resposta ao próprio informante, que deverá redigi-la.
- ↳ O processo de tabulação.
- ↳ O tratamento estatístico e a interpretação.

A análise é difícil, complexa, cansativa e demorada.

b) **Fechada:** são aquelas em que o informante escolhe sua resposta entre duas opções. Este tipo de pergunta, embora restrinja a liberdade das respostas, facilita o trabalho do pesquisador e também a tabulação, pois as respostas são mais objetivas.

c) **Múltipla escolha:** são perguntas fechadas que apresentam uma série de possíveis respostas, abrangendo várias facetas do mesmo assunto. A técnica da escolha múltipla é facilmente colocada em tabela e proporciona uma exploração em profundidade quase tão boa quanto a de perguntas abertas. A combinação de respostas múltiplas com as respostas abertas possibilita mais informações sobre o assunto, sem prejudicar a tabela.

3.1. Fundamentos empíricos

De uma forma geral os questionários são uma técnica que se apoia numa sequência de perguntas ou interrogações escritas, dirigidas a um conjunto de indivíduos, os inquiridos, que podem envolver questões sobre as suas opiniões, as suas representações, as suas crenças ou outras informações factuais sobre eles próprios ou do seu meio envolvente.

Esta técnica é adequada ao estudo extensivo de grandes conjuntos de pessoas, mas tem importantes limitações quanto ao grau de profundidade da informação recolhida.

3.2. Planificação global

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 indirecta e sem presença do inquiridor;

- Informámos os colegas sobre os objectivos do questionário e que as informações recolhidas só seriam utilizadas para efeitos de pesquisa, assim como as respostas que teriam um grau de confidencialidade.

3.3. Planificação a curto prazo

1.ª Fase: Preparação (Janeiro 2011)

- Proposta às Escolas passíveis de se envolverem no Projecto;
- Reunião com os Directores das escolas passíveis de se envolverem no Projecto;
- Calendarização da data de entrega dos questionários.

2.ª Fase: Entrega dos Questionários (Fevereiro 2011)

- Aplicação dos questionários aos Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico que acederem envolverem-se no Projecto.

3.ª Fase: Recepção dos Questionários (Fevereiro 2011)

- Recolha dos questionários nas escolas envolvidas, para posterior análise e exposição do trabalho efectuado.

4.ª Fase: Tratamento dos Dados (Março 2011).

- Depois de obtidos os resultados procedeu-se à análise dos mesmos.

3.4. Relato da intervenção

3.4.1. Procedimentos de tratamentos de dados

Após a recolha dos questionários, codificamos as variáveis o que facilitou o tratamento dos dados não numéricos dos questionários e procedemos à sua análise, tendo em atenção cada pergunta, para que posteriormente fosse mais fácil a construção das tabelas.

Para o tratamento dos dados recorremos a um programa:

- ✓ SPSS 19.0 for Windows. Ink

Na amostra, codificámos as seguintes variáveis: sexo, idade, ciclos de ensino, tempo de serviço, nível académico e situação profissional. Os questionários preenchidos pelos inquiridos encontram-se em anexo (**anexo 5**).

3.4.2. Caracterização dos Participantes do estudo

A amostra do nosso estudo é constituída por cinquenta e três (N=53) professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

De um total de (N=60) inquéritos distribuídos, foram recebidos (N=53), o que corresponde a 88,33% de devolução.

A nossa amostra é uma amostra por conveniência, pois foi escolhida por uma questão de proximidade.

3.4.2.1. Identificação e dados pessoais dos participantes

Caracterização da amostra												
Género do docente	Masculino		Feminino						Não responde		Total	
	F	%	F	%					F	%	F	%
	9	17	44	83					0	0	53	100
Anos de Leccionação	< 10		10 e 20		> 20						Não responde	
	F	%	F	%	F	%					F	%
	30	56,6	20	37,7	1	1,9					2	3,8
Idade do docente	< 30		30 e 40		> 40						Não responde	
	F	%	F	%	F	%					F	%
	10	18,9	31	58,5	12	22,6					0	0
Nível Académico	Licenciatura		Pós-graduação		Mestrado		Doutoramento					
	F	%	F	%	F	%	F	%				
	34	64,2	4	7,5	3	5,7	0	0				
Situação Profissional do docente	Contratado		Efectivo						Não responde		Total	
	F	%	F	%					F	%	F	%
	9	17,0	30	56,6					14	26,4	53	100
Ano que Lecciona	Ensino Especial		1.º ano		2.º ano		3.º ano		4.º ano		Não responde	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	3	5,7	9	17,0	11	20,8	10	18,9	5	9,4	15	28,3

Tabela 1 – Caracterização da Amostra

Na tabela 1, relativamente ao **género do docente**, há a referir um número de participantes muito elevado 83% (N=44) do género feminino, em oposição apenas a 17% (N=9) do género masculino.

Quanto aos **anos de leccionação**, 56,6% (N=30) têm menos de 10 anos de serviço; 37,7% (N=20) têm entre 10 a 20 anos de serviço e 1,9% (N=1) têm mais de 20 anos de serviço.

No que se relaciona com a **idade do docente**, 18,9% (N=10) têm menos de 30 anos; 58,5% (N=31) têm entre 30 e 40 anos e 22,6% (N=12) têm mais de 40 anos.

Em relação ao **nível académico**, 64,2% (N=34) possui Licenciatura; 7,5% (N=4) possui Pós-Graduação; 5,7% (N=3) possui Mestrado; 0% (N=0) possui Doutoramento.

No que trata da situação **profissional do docente**, 56,6% (N=30) é professor efectivo (QZP, QE) e 17,0% (N=9) é professor contratado.

Relativamente ao **ciclo escolar do docente**, 17,0% (N=9) lecciona o 1.º ano; 20,8% (N=11) lecciona o 2.º ano; 18,9% (N=10) lecciona o 3.º ano; 9,4% (N=5) lecciona o 4.º ano e 5,7% (N=3) é professor de apoio.

Caracterização dos participantes do estudo		
Grau de informação anterior sobre PHDA		
	F	P
Nenhum	1	1,9%
Pouco	15	28,3%
Suficiente	27	50,9%
Bom	5	9,4%
Não responde	5	9,4%
Total	53	100%

Tabela 2- Grau de informação anterior sobre PHDA

Em relação à **tabela 2**, o Grau de Informação anterior sobre PHDA, situa-se entre 50,9% (N=27) “**Suficiente**” e 28,3% (N=15) “**Pouco**”.

Na Tabela que se segue (Caracterização dos Participantes do Estudo), queremos saber **que Tipo de Formação anterior sobre a PHDA**, têm os participantes no Estudo.

Caracterização dos participantes do estudo		
Tipo de Formação anterior sobre PHDA		
	F	P
Nenhum	3	5,7%
No curso	9	17,0%
Conferência, leituras	15	28,3%
Cursos breves, acções pontuais	18	34,0%
Pós graduada, especializada	5	9,4%
Não responde	3	5,7%

Total	53	100%
--------------	-----------	-------------

Tabela 3 – Tipo de Formação anterior PHDA

Na **Tabela 3**, verificamos que o tipo de Formação anterior sobre a PHDA, foi adquirido sobretudo através de “Cursos breves e acções pontuais”, 34% (N=18) e através de “Conferências/leituras”, 28%3 (N=15), enquanto que 5,7% (N=3), demonstra não ter qualquer tipo de formação anterior sobre a PHDA.

3.4.2.2. Variáveis do Estudo

Variáveis	Abreviaturas
Formação Inicial	Formação
Anos de Leccionação	Leccionação
Nível académico	Nível
Idade	Idade
Situação Profissional	Situação
Anos escolar que lecciona	Anos
Grau de informação anterior sobre PHDA	Grau
Tipo de Formação anterior sobre PHDA	Formação
Falta de Atenção	Atenção
Hiperactividade	Hiperactividade
Impulsividade	Impulsividade

3.5. Apresentação e Análise dos Dados e Discussão dos Resultados

3.5.1. Apresentação e Análise dos Dados

O estudo foi dividido em três partes, para assim facilitar a análise e discussão dos dados: **CONHECIMENTO; IMPACTO; ATITUDE.**

3.5.1.1. – Conhecimento

Na primeira parte do estudo apresentamos os dados recolhidos relativamente ao conhecimento que os docentes apresentam em relação à PHDA.

Na tabela 4, (**questão 1**) pretende-se saber quais são as características que levam o professor a suspeitar que uma criança poderá ter PHDA.

Questão 1 – Das seguintes características, qual/quais é/são a(s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA?

	Não assinalou		Assinalou		Não responde		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Falta de Atenção	8	15,1	44	83,0	1	1,9	53	100
Hiperactividade	9	17,0	43	81,1	1	1,9	53	100
Impulsividade	31	58,5	21	39,6	1	1,9	53	100

Tabela 4 – Questão 1

No que se relaciona com **tabela 4**, verificamos que a característica mais valorizada pelos participantes é a “Falta de Atenção”, 83% (N=44), seguida da “Hiperactividade” 81,1% (N=43) sendo a “Impulsividade” referida por 39,6% (N=21), dos participantes do estudo.

Segue-se a tabela 5, (**questão 3**) nesta questão é pedido ao docente que classifique a PHDA quanto à sua Prevalência.

Questão 3 – Classifique quanto à prevalência: A PHDA é:

	F	%
Mais comum nos rapazes	27	50,9
Mais comum nas raparigas	2	3,8
Igualmente comum	23	43,4
Não responde	1	1,9
Total	53	100

Tabela 5 – Questão 3

Em relação à **tabela 5**, a maioria dos participantes, 50,9% (N=27), refere que a PHDA “é mais comum nos rapazes do que nas raparigas”, enquanto que 43,4% (N=23) dos participantes considera “ser igualmente comum nos rapazes e nas raparigas”. Apenas 3,8% (N=2) refere que a PHDA “é mais comum nas raparigas”.

Nesta tabela (**questão 4**) pergunta-se aos docentes quais as causas que eles consideram que pode causar PHDA.

Questão 4 – Na sua opinião o que pode causar a PHDA?									
	Não assinalou		Assinalou		Não responde		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Factores Ambientais	35	66,0	15	28,3	3	5,7	53	100	
Excesso de Tv e Play-Station	45	84,9	5	9,4	3	5,7	53	100	
Falta de vitaminas	49	92,5	1	1,9	3	5,7	53	100	
Alergias alimentares ou outras	49	92,5	1	1,9	3	5,7	53	100	
Factores genéticos	28	52,8	22	41,5	3	5,7	53	100	
Estilos parentais	37	69,8	13	24,5	3	5,7	53	100	
Factores Biológicos	25	47,2	25	47,2	3	5,7	53	100	
Outros	47	88,7	3	5,7	3	5,7	53	100	

Tabela 6 – Questão 4.

No que se refere à **tabela 6**, 47,2% (N=25) dos participantes menciona que os “Factores Biológicos” são a causa principal desta perturbação, enquanto que 41,5% (N=22) considera que os “Factores Genéticos” são os principais causadores da PHDA. No entanto, 28,3% (N=15) aponta como principal causa os “Factores Ambientais”, por último 1,9% (N=1) referem que as “Alergias alimentares ou outras” e a “Falta de Vitaminas” podem provocar esta Perturbação.

Na tabela 7 (**questão 5**) pretende-se saber, se os docentes consideram que a perturbação desaparecem com o tempo.

Questão 5 – Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?		
	Frequência	Percentagem %
Sim	10	18,9

Não	41	77,4
Não responde	2	3,8
Total	53	100

Tabela 7 – Questão 5.

Observando as respostas dadas pelos participantes na **tabela 7** podemos concluir que a maioria dos participantes do estudo 87,3% (N=96), considera que a PHDA não desaparece com o tempo.

Segue-se tabela 8 (**questão 6**) em que se pretende saber, segundo os participantes do estudo, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA.

Questão 6 – Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA?								
	Não assinalou		Assinalou		Não responde		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Professor	42	79,2	11	20,8	0	0	53	100
Psicólogo	11	20,8	42	79,2	0	0	53	100
Professor Ensino Especial	30	56,6	23	43,3	0	0	53	100
Médico	28	52,8	25	47,2	0	0	53	100
Outro	48	90,6	5	9,4	0	0	53	100

Tabela 8 – Questão 6.

Analisando os resultados da **tabela 8** concluímos que 79,2% (N=42) dos participantes refere que deve ser o “Psicólogo” a realizar o diagnóstico e 47,2% (N=25) aponta o “Médico” como “outro” possível profissional para fazer o diagnóstico. Por oposição, apenas 20,8% (N=11) refere o “Professor” como o profissional para fazer o diagnóstico.

Na tabela 9 (**questão 7**) procura-se saber qual a opinião dos inquiridos relativamente à existência de problemas associados à PHDA.

Questão 7 – Na sua opinião, podem existir outros problemas associados à PHDA?		
	Frequência	Percentagem %
Sim	49	92,5

Não	4	7,5
Não responde	0	0
Total	53	100

Tabela 9 – Questão 7

Como se pode observar, na **tabela 9** a grande maioria dos participantes considera que existem “Outros problemas associados à PHDA”.

3.5.1.2 - Impacto

Na segunda parte do estudo apresentamos os dados recolhidos em relação ao impacto que a PHDA segundo os docentes que integraram o estudo pode causar em contexto escolar.

Na **tabela 10** apresentamos as respostas à **questão 8** onde é pedido aos participantes do estudo para indicarem, quais os problemas que consideram estar associados à PHDA que podem provocar maior desadaptação em contexto escolar. Esta questão reporta-se à questão anterior (**questão 7**).

Questão 8 – Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desatenção?									
	Não assinalou		Assinalou		Não responde		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Dificuldade na relação com os pares	33	62,3	17	32,1	3	5,7	53	100	
Pouca persistência e baixa motivação	20	37,7	30	56,6	3	5,7	53	100	
Comportamento de agressividade e oposição	25	47,2	25	47,2	3	5,7	53	100	
Não aceitar e respeitar as regras	22	41,5	28	52,8	3	5,7	53	100	
Dificuldades de aprendizagem	22	41,5	28	52,8	3	5,7	53	100	
Baixa auto-estima	27	50,9	23	43,4	3	5,7	53	100	
Comportamento de risco	35	66,0	15	28,3	3	5,7	53	100	
Outro	48	90,6	1	1,9	3	5,7	53	100	

Tabela 10 – Questão 8.

Observando a **tabela 10** podemos concluir que 56,6% (N=30) consideram a “Pouca persistência e baixa motivação” e que 52,8% (N=28), dos participantes no estudo consideram tanto o “Não aceitar e respeitar as regras” como as “Dificuldades de Aprendizagem” como os problemas que causam maior desatenção, seguindo-se o “Comportamento de agressividade e oposição” 47,2% (N=25).

Todos os problemas referidos apresentam perto dos 45% ou seja quase metade dos professores consideram que todos os problemas apresentados provocam desadaptação em contexto escolar.

Segue-se a **tabela 11 (questão 2)** onde são referidas por ordem decrescente as características que segundo os inquiridos perturbam mais a vida escolar das crianças com PHDA.

Questão 2 – Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com PHDA?

	Não assinalou		Assinalou		Não responde		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas.	32	60,4	14	26,4	7	13,2	53	100
Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades.	12	22,6	34	64,2	7	13,2	53	100
Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra.	42	79,2	4	7,5	7	13,2	53	100
Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares.	26	49,1	20	37,7	7	13,2	53	100
Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas.	27	50,9	19	35,8	7	13,2	53	100
Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental	35	66,0	11	20,8	7	13,2	53	100

mantido.								
Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares.	43	81,1	3	5,7	7	13,2	53	100
Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	12	22,6	34	64,2	7	13,2	53	100
Esquece-se das actividades quotidianas.	45	84,6	1	1,9	7	13,2	53	100
Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	29	54,7	17	32,1	7	13,2	53	100
Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.	28	52,8	18	34,0	7	13,2	53	100
Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	38	71,7	8	15,1	7	13,2	53	100
Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	39	73,6	7	13,2	7	13,2	53	100
Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	33	62,3	13	24,5	7	13,2	53	100
Fala excessivamente.	41	77,4	5	9,4	7	13,2	53	100
Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	38	71,7	7	13,2	7	13,2	53	100
Tem dificuldade em esperar a sua vez.	34	64,2	12	22,6	7	13,2	53	100
Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	34	64,2	12	22,6	7	13,2	53	100

Tabela 11 – Questão 2.

Analisando a **tabela 11** e segundo os participantes, podemos constatar que 64,2% (N=34), “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades” e “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”, enquanto que 37,7% (N=20) “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares” e 35,8% (N=19) “Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas”.

3.5.1.3 - Atitude

Na terceira parte do estudo apresentamos os dados recolhidos relativamente às atitudes, formas de intervenção, que os professores que participaram no estudo consideraram trazer mais

benefícios para as crianças com PHDA e as estratégias de intervenção em contexto escolar que utilizam com mais frequência no seu dia a dia.

Na tabela 12 (**questão 9**), inquiriu-se os participantes em relação à forma de intervenção segundo os mesmos que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA.

Questão 9 – NA sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA?																
	1.º		2.º		3.º		4.º		5.º		6.º		7.º		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Medicação	8	15,1	2	3,8	6	11,3	4	7,5	9	17,0	20	37,7	2	3,8	53	100
Colaboração Pais-Escola	20	37,7	7	13,2	7	13,2	12	22,6	3	5,7	1	1,9	1	1,9	53	100
Terapia familiar	2	3,8	9	17,0	4	7,5	8	15,1	13	24,5	15	28,3	0	0	53	100
Apoio escolar /académico	0	0	8	15,1	10	18,9	11	20,8	14	26,4	8	15,1	0	0	53	100
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	9	17,0	13	24,5	9	17,0	8	15,1	8	15,1	3	5,7	1	1,9	53	100
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	11	20,8	12	22,6	15	28,3	7	13,2	3	5,7	2	3,8	1	1,9	53	100
Outro	1	1,9	0	0	0	0	1	1,9	0	0	2	3,8	24	45,3	53	100

Tabela 12 – Questão 9.

Segundo os dados que surgem na **tabela 12**, podemos concluir que 37,7% (N=20) dos participantes no estudo consideram que a “Colaboração Pais/Escola”, é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA, seguida das “Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” com 24,5% (N=13).

Segue-se a **tabela 13 (questão 10)** onde os participantes foram questionados sobre qual a atitude que o Professor deve tomar quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Questão 10 – Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula?																				
	1.º		2.º		3.º		4.º		5.º		6.º		7.º		8.º		9.º		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Encaminhar para um técnico especializado	26	49,1	7	13,2	2	3,8	4	7,5	3	5,7	5	9,4	5	9,4	0	0	0	0	53	100
Manter um contacto mais frequente com a família	7	13,2	13	24,5	4	7,5	5	9,4	7	13,2	7	13,2	7	13,2	2	3,8	0	0	53	100
Adaptar o contexto físico da sala de aula	0	0	3	5,7	4	7,5	7	13,2	7	13,2	11	20,8	12	22,6	8	15,1	0	0	53	100
Encaminhar para o apoio educativo	1	1,9	5	9,4	5	9,4	4	7,5	9	17,0	11	20,8	9	17,0	8	15,1	0	0	53	100
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	4	7,5	1	1,9	4	7,5	2	3,8	2	3,8	6	11,3	8	15,1	23	43,4	2	3,8	53	100
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	4	7,5	10	18,9	13	24,5	7	13,2	7	13,2	4	7,5	4	7,5	3	5,7	0	0	53	100
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	7	13,2	8	15,1	7	13,2	14	26,4	7	13,2	3	5,7	4	7,5	0	0	0	0	53	100
Adaptar materiais e	2	3,8	6	11,3	12	22,6	8	15,1	10	18,9	5	9,4	2	3,8	4	7,5	2	3,8	53	100

processos de avaliação																				
Outro	1	1,9	2	3,8	1	1,9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,9	25	47,2	53	100

Tabela 13 – Questão 10.

Analisando a **tabela 13**, verificamos que “Encaminhar para um Técnico especializado”, é segundo 49,1% (N=26) a atitude mais certa a tomar, logo precedida por 24,5% (N= 13) “Manter um contacto mais frequente com a família”, e “Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula” é também uma atitude bastante valorizada por 18,9% (N=10) dos participantes.

Segue-se **tabela 14 (questão 11)** sobre possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar utilizadas pelos participantes do estudo quando se tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Questão 11 – A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor assinale a frequência com que as utiliza no seu trabalho com estas crianças.

	Nunca		Frequentemente		Sempre		Não responde	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Recompensas Sociais	3	5,7	24	45,3	26	49,1	0	0
Recompensas Materiais	32	60,4	19	35,8	2	3,8	0	0
Ignorar pequenos comportamentos inadequados	11	20,8	34	64,2	8	15,1	0	0
Time-out	26	49,1	21	39,6	2	3,8	0	0
Organização da sala de aula	1	1,9	17	32,1	35	66,0	0	0
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas	0	0	18	34,0	35	66,0	0	0
Sugerir à criança que relate o que está a fazer	4	7,5	33	62,3	16	30,2	0	0
Supervisão frequentado trabalho	0	0	18	34,0	35	66,0	0	0
Biofeedback	0	0	17	32,1	36	67,9	0	0
Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno	3	5,7	39	73,6	11	20,8	0	0
Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário	29	54,7	21	39,6	3	5,7	0	0
Regras da sala de aula identificadas e assinaladas na sala	7	13,2	23	43,4	23	43,4	0	0

Repreensões para comportamentos impróprios	29	54,7	20	37,7	4	7,5	0	0
Reprimendas verbais	11	20,8	39	73,6	3	5,7	0	0
Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feedback como os objectivos foram alcançados	11	20,8	35	66,0	7	13,2	0	0
Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	0	0	48	90,6	4	7,5	1	1,9
Regulamento Disciplinar da Escola	33	62,3	14	26,4	5	9,4	1	1,9
Colocar lembretes na carteira do aluno	33	62,3	17	32,1	3	5,7	0	0
Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno	1	1,9	28	52,8	24	45,3	0	0
Ameaçar o aluno	39	73,6	13	24,5	0	0	1	1,9
Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para a avaliação do mesmo esse comportamento	25	47,2	20	37,7	8	15,1	0	0

Tabela 14 – Questão 11

Relativamente à **tabela 14**, podemos observar que as atitudes mais referidas pelos participantes são: “Biofeedback” 67,9% (N=36); “Supervisão frequente do trabalho” 66% (N=35); “Organização da sala de aula” 66% (N=35) e “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas” 66% (N=35).

Observando as estratégias que os professores dizem utilizar com uma frequência de 40% temos: “Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo” 90,6% (N=48), “Reprimendas Verbais” 73,6% (N=39) e “Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno” 46,5 (N=53).

Como estratégias que os participantes apontam nunca utilizadas por eles dentro da sala de aula perante alunos com PHDA temos: “Ameaçar os alunos” 73% (N=39); “Regulamento Disciplinar da Escola” 62,3% (N=33) e “Colocar lembretes na carteira do aluno” 62,3% (N=33).

3.5.1.4 - Comparação entre anos de leccionação e género

Nos seguintes gráficos apresentamos a comparação entre anos de leccionação e o género dos inquiridos no que concerne às questões relativas sobre as Atitudes (formas de intervenção) mais utilizadas em sala de aula apresentadas nas tabelas anteriores.

No **gráfico 1** apresenta-se a comparação entre a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA.

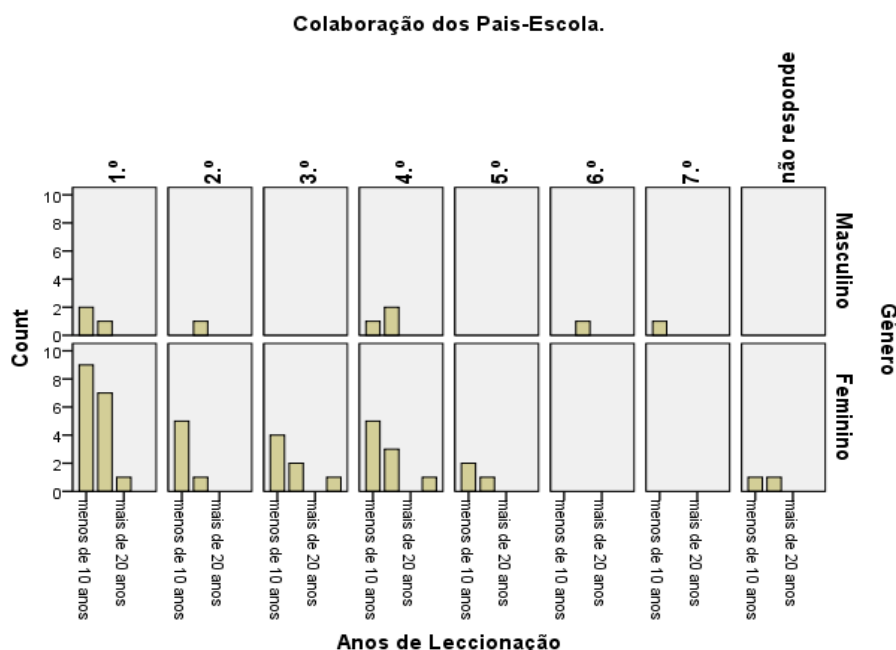


Gráfico 1 – Colaboração Pais/escola

O **gráfico 1** mostra-nos que os professores que elegeram a “Colaboração Pais/Escola” como a primeira forma de intervenção e a mais benéfica para as crianças com PHDA (N=20), maioritariamente foram docentes do género feminino com menos de 10 anos de leccionação (N=9).

O **gráfico 2** refere-se às opiniões sobre o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula, onde se destacou “Encaminhar para um técnico especializado”.

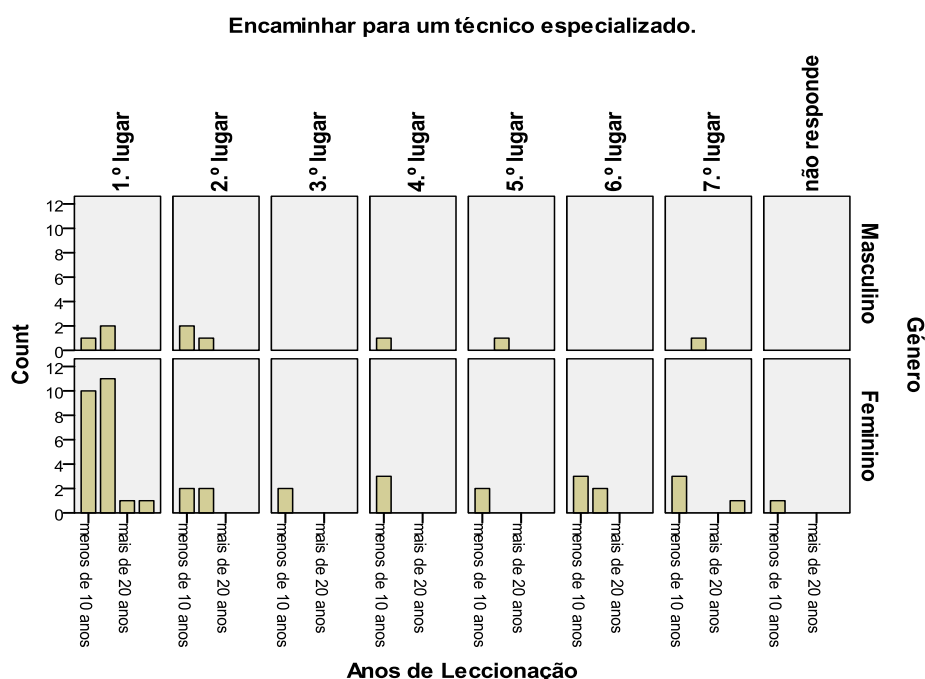


Gráfico 2 – Encaminhar para um técnico especializado

O **gráfico 2** revela que dos 49,1% dos professores que elegeram como principal acção sobre o que fazer quando existe um alunos com PHDA, “Encaminhar para um técnico especializado” (N=26), foram maioritariamente docentes do género feminino que têm entre 10 e 20 anos de leccionação (N=11).

Nos **gráfico 3 e 4** compara-se as duas estratégias de intervenção mais utilizadas pelo inquiridos em contexto escolar.

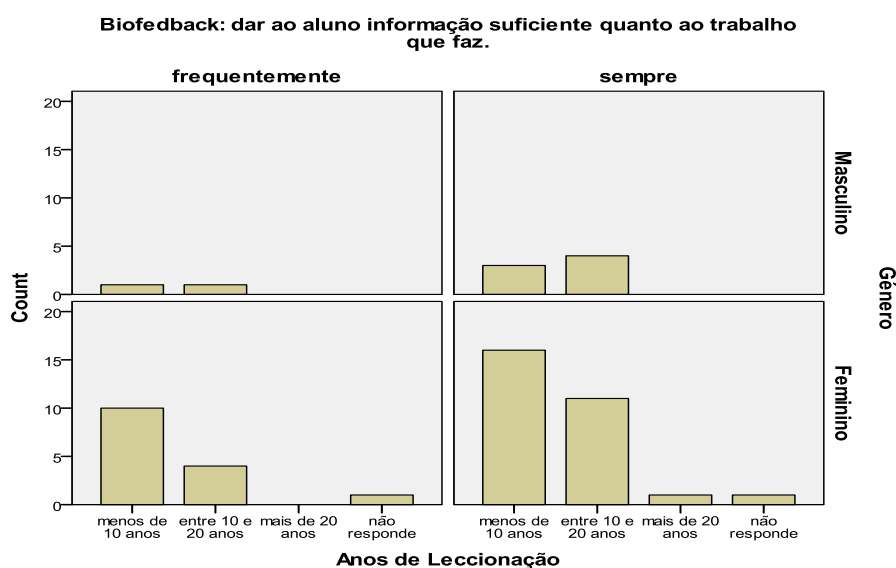


Gráfico 3 - Biofeedback

O **gráfico 3** mostra-nos que dos 67,9% dos docentes que elegem o Biofeedback (N=36) como a estratégia mais eficaz e que sempre utilizam com alunos com PHDA, foram maioritariamente docentes do género feminino com menos de 10 de anos de leccionação (N=16).

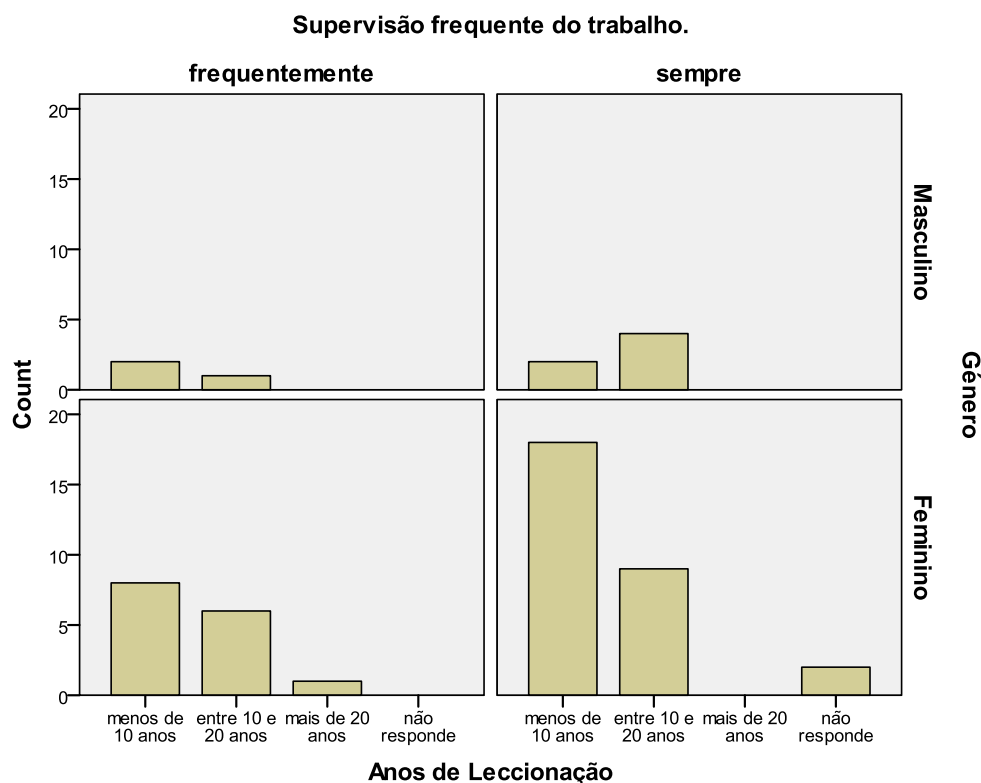


Gráfico 4 – Supervisão frequente do trabalho

No **gráfico 4** podemos constatar que os 66% inquiridos que elegeram como a segunda principal estratégia de intervenção mais utilizadas em contexto escolar, a “Supervisão frequente do trabalho” (N=35), foram maioritariamente docentes do género feminino com menos de 10 anos de leccionação (N=18).

3.6. Discussão dos Resultados

Iniciamos a discussão dos resultados do nosso estudo pelo conhecimento que os professores que participaram no estudo revelam ter relativamente à PHDA.

Depois de analisarmos os resultados obtidos verificamos que 50,9% dos docentes que participaram no nosso estudo, referem que têm alguma informação anterior relativamente à PHDA (N=27). No entanto, de uma maneira geral demonstram que esse conhecimento provém “Cursos breves, acções pontuais”, onde participaram.

Um outro estudo realizado por Jerome et al. (1994) na América e no Canadá também sobre as Atitudes e Conhecimento dos professores acerca da PHDA, verificou que os professores com menos tempo de serviço (que tiraram o curso há menos tempo) têm mais conhecimento sobre a PHDA, do que os professores com mais anos de serviço, porque durante o curso já tiveram formação nesta área.

No entanto em ambos os estudos é referida a necessidade de ajuda de outros profissionais, para ajudarem no diagnóstico/intervenção das crianças com PHDA.

Os participantes do nosso estudo apesar de revelarem algum conhecimento em relação à PHDA demonstram falta de conhecimento em relação a aspectos como a importância da medicação como forma de intervenção importante para o tratamento desta perturbação.

A literatura de uma maneira geral aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, tendo sido esta, identificada como um dos maiores obstáculos para responder às necessidades de crianças com PHDA (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto et al. 2000).

No que concerne à prevalência da PHDA a maioria dos participantes do nosso estudo, refere que a PHDA “é mais comum nos rapazes do que nas raparigas”, contra uma percentagem mais baixa que diz ser “mais comum nas raparigas do que nos rapazes”.

Segundo referências bibliográficas, confirma-se que a PHDA é mais frequente em rapazes do que em raparigas. Há referências que apontam 9 rapazes para 1 rapariga (Ross e Ross, 1976, cit por Barkley, 1998). O mais frequentemente apontado é de 6 rapazes para 1 rapariga (Barkley, 2006), apesar de muitos estudos epidemiológicos apontarem uma relação de 3/1 (Barkley, 2006).

Relativamente às causas que podem provocar o aparecimento da PHDA, a maioria dos participantes do nosso estudo considera que são os “Factores Biológicos” a causa principal

desta perturbação, seguindo-se os “Factores Genéticos” e depois os “Factores Ambientais”, revelando um bom conhecimento neste aspecto.

As causas mais apontadas pelos participantes, são as mesmas que dominam a investigação nesta área, onde é dado um papel muito importante a factores orgânicos ou psicofisiológicos da PHDA (Barkley, 2006).

Em relação à evolução da PHDA constatamos que a maioria dos participantes do estudo considera que a PHDA não desaparece com o tempo.

Na literatura os resultados de diversos estudos indicam, de modo geral, que o distúrbio tende a diminuir com a idade, não só na adolescência mas também durante a vida adulta (Barkley, 1998).

Analisando os resultados sobre quem deve fazer o diagnóstico verificamos que, a maioria dos participantes refere que deve ser o “Psicólogo” a realizar o diagnóstico, seguido pelo “Professor do Ensino Especial”, como o profissional que deve realizar o diagnóstico.

Relativamente aos problemas que os participantes do estudo consideram estar associados à PHDA, que podem provocar maior desadaptação em contexto escolar foram apontadas a “Pouca persistência e baixa motivação” são indicadas como o problema que causa maior desadaptação, seguindo-se a “Não aceitar e respeitar as regras” e as “Dificuldades de aprendizagem”.

Comparando os resultados do nosso estudo com os estudos comparativos (Rodrigues & Encarnação, 2006) e (Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008), verificamos que existem semelhanças com o nosso estudo, visto que os principais problemas associados à PHDA, referidos pelos dois estudos que podem provocar maior desadaptação são os mesmos que foram referidos pelos participantes do nosso estudo.

Em relação às características que perturbam mais a vida escolar das crianças com PHDA, foi referenciado sobretudo o item “Esquece-se das actividades quotidianas”, seguido do item “Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares” e por fim “Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra”.

Confrontando os nossos resultados com o estudo comparativo (Rodrigues & Encarnação, 2006) denotamos que existem diferenças entre os dois estudos relativamente às características relacionadas com a falta de atenção e por ordem de maior desajustamento, os participantes do estudo comparativo, referem “Com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades” e “Esquece-se com frequência das actividades quotidianas” como as mais preocupantes.

Em relação às características que se relacionam com a Hiperactividade, os participantes do estudo comparativo, mencionam “Com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividade de ócio” e “Com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés ou move-se quando está sentado” como as características que causam maior desajustamento.

No que concerne às formas de intervenção, que os professores que participaram no estudo consideram trazer mais benefícios para as crianças com PHDA, constatamos que os participantes no estudo, consideram que a “Colaboração pais escola”, é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA, seguida da “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” e as “Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” merece também realce por parte dos inquiridos.

Comparando os resultados do nosso estudo com os estudos comparativos (Rodrigues & Encarnação, 2006) e (Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008), observamos que existem semelhanças com o nosso estudo, ambos os estudos comparativos referem as mesmas formas de intervenção referidas pelos participantes do nosso estudo como as que poderão trazer mais benefícios para as crianças com PHDA.

Os professores valorizam muito a colaboração entre estes e a família, considerando esta colaboração muito importante para a resolução dos problemas das crianças com PHDA.

Cada vez mais os professores pedem aos pais para estarem presentes na vida escolar dos seus filhos. Um grande número de docentes, referem também a grande importância que os especialistas provenientes de um contexto clínico podem ter para ajudar a resolver situações relacionadas com a PHDA.

São muitas as estratégias utilizadas pelos docentes, para lidar com estas crianças, mas por vezes já experimentaram várias estratégias e ficam desanimados porque parece que nada resulta, por isso, referem em grande número a necessidade de terem o apoio de outros profissionais que os ajudem a trabalhar com estas crianças.

Sobre as atitudes a tomar pelo professor quando têm uma criança com PHDA na sala de aula, os participantes no nosso estudo consideraram como prioritário “Encaminhar para um Técnico especializado” seguido de “Manter um contacto mais frequente com a família” e “Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias” é também uma atitude bastante valorizada pelos participantes.

Constatamos que os participantes no estudo continuam a dar muita importância à intervenção de um técnico especializado no apoio às crianças com esta problemática, à

colaboração com a família e ao ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.

A Literatura faz referência, à necessidade de se introduzir estratégias, diversificadas, adaptações curriculares e adoptar métodos individualizados, considerados factores de sucesso para se trabalhar com crianças/jovens com PHDA.

Também os estudos comparativos Rodrigues & Encarnação, 2006 e Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008, apresentam resultados semelhantes aos nossos relativamente a atitude a tomar pelo professor quando têm uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Em termos gerais estes professores têm uma atitude consonante com aquilo que na literatura se recomenda visto que estamos a falar de comportamentos a seguir e não em crenças/mitos criados os quais ainda consistem linhas de orientação para algumas pessoas para intervir com crianças com esta problemática.

Sobre as possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar, utilizadas pelos participantes do estudo, com mais frequência no seu dia-a-dia, quando se tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula, constatamos que as estratégias mais referidas pelos participantes foram a “Biofeedback”, logo seguida da “Supervisão Frequente do trabalho”, “Organização da sala de aula” e das “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas”.

No estudo de Rodrigues, A. & Ribeiro M. (2008), refere-se que as crianças/jovens com PHDA exigem dos Professores muita atenção, dedicação e informação relativamente ao trabalho a realizar, o que provoca nos professores muito cansaço e apontam como estratégias de intervenção em contexto escolar as mesmas que o nosso estudo, por compreenderem que estas crianças quando bem orientados e tanto ao nível dos comportamentos, como dos trabalhos realizados, ficam mais motivados para realizar as tarefas solicitadas pelo Professor.

III - Conclusões e Recomendações

O nosso estudo pretende sobretudo contribuir, para um melhor conhecimento das Atitudes, em Contexto Escolar, dos professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico relativamente à PHDA e para uma melhor inclusão das crianças com PHDA nas escolas que frequentam.

Da análise dos resultados poderemos inferir que os objectivos propostos para esta dissertação foram atingidos e ao longo do nosso trabalho já fomos apresentando e analisando de forma muito pormenorizada os dados e discutindo os resultados que apurámos.

Objectando à nossa **hipótese um** verificamos que os docentes que participaram no nosso estudo, apesar de referirem que têm pouca informação anterior relativamente à PHDA, e de uma maneira geral, revelam conhecimento em relação às atitudes a tomar quando têm na sala uma criança com PHDA devido ao tempo de serviço e casos com se depararam ao longo dos mesmos, argumentando a nossa **hipótese dois**.

Ao longo do estudo fomos apresentando várias referências bibliográficas e opiniões pessoais formadas com base em leituras e em anos de experiência a trabalhar com crianças com PHDA.

Este estudo apresenta algumas limitações. É um estudo que tem um carácter exploratório (descritivo) com uma análise quantitativa, qualitativa e correlacional dos resultados.

Houve também algumas dificuldades na recolha dos questionários, o que nos pareceu dever-se ao facto das pesquisas não serem ainda muito valorizadas pelos professores

Com este estudo aprofundámos o conhecimento em relação à PHDA, estabelecemos várias comparações dentro do próprio estudo.

A actualidade, especificidade e complexidade da problemática em estudo exigem uma continuidade da realização de pesquisas no sentido de se poder generalizar os resultados obtidos pelo nosso estudo.

Pretendemos com este estudo levantar mais questões do que responder a perguntas e estimular a realização de outros trabalhos relativamente à PHDA, que facilitem o trabalho de todos os profissionais que trabalham com estas crianças, de maneira que estes as consigam

ajudar a ultrapassar as suas dificuldades, para que se sintam incluídas em todo o seu meio envolvente e consigam alcançar o sucesso educativo como todas as outras crianças.

Consideramos que todos os professores devem valorizar a formação e encará-la como um processo permanente e contínuo. É muito importante que todos os professores se mantenham atualizados relativamente à PHDA, para que também mais facilmente consigam fazer o despiste da mesma e sempre que necessário, adoptem estratégias diversificadas de modo a favorecer a aprendizagem destas crianças.

Nos nossos dias, a escola 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 reconheça o direito à diferença considerando a diversidade como um aspecto enriquecedor da própria comunidade, uma vez que diferença não é sinónimo de desigualdade mas sim de diversidade, acarretando benefícios e aprendizagens para todos.

Sugerimos que desde o primeiro dia de aulas com a turma, o professor esteja atento às características e especificidades dos seus alunos.

Gostaríamos ainda de referir que é extremamente importante que todos os técnicos que trabalham com crianças com PHDA, trabalhem em equipa e se esforcem para encontrarem estratégias adequadas para envolver os pais/Encarregados de Educação porque só um trabalho de parceria com todos os que rodeiam a criança poderá ajudá-la a ultrapassar todas as suas dificuldades.

Para finalizar este trabalho, achamos pertinente apresentar algumas sugestões, que poderiam ser contempladas em estudos posteriores, de forma a serem alcançados resultados mais consistentes relativamente à problemática em estudo.

Assim seria de interesse:

- Utilizar outras técnicas de recolha de dados para cruzamento de informação, nomeadamente filmagens de situações reais de sala de aula, observação directa, de forma a abrir a possibilidade de uma compreensão mais aprofundada do problema em análise.

- Efectuar estudos idênticos noutras áreas geográficas do país no intuito de comparar os resultados obtidos em diferentes áreas e tirar conclusões mais consistentes relativamente à problemática em estudo.

Parece-nos que a realização deste estudo motivou em alguns dos docentes do Agrupamento alvo do estudo algumas mudanças de atitudes em relação às crianças com PHDA, melhor aceitação, mais compreensão e também pesquisa e reflexão sobre o tema.

Explorámos um tema que ainda tem muito para explorar, no entanto, temos consciência que este estudo constitui apenas um pequeno contributo para o estudo desta perturbação mas foi para nós um grande prazer a realização do mesmo, porque sabemos que ele irá contribuir para que as crianças com PHDA sejam melhor aceites e compreendidas pelos professores.

Sabemos que os professores que têm nas suas salas de aula crianças com PHDA sentem-se muitas vezes “esgotados” porque estas crianças têm que estar constantemente a ser supervisionadas pelos professores porque têm muita dificuldade em manter a atenção, distraem-se com muita facilidade e raramente seguem as instruções ou terminam as tarefas pedidas, no entanto esta supervisão é necessária e crucial, para que os alunos com PHDA possam ser totalmente incluídos e consigam alcançar o sucesso escolar desde os primeiros anos da sua vida académica.

2. Fontes de Consulta

2.1. Fontes Bibliográficas

Amorim, A. (1996). *Introdução às Ciências Sociais*. Lisboa: Estante Editora.

Barkley, R. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. (2008). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.

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

Cadima, L. (1997). *Diferenciação Pedagógica no Ensino Básico – Alguns itinerários*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Cardo, E. & Servera-Barceló, M. (2005). *Prevalência Del transtorno de déficit de atención e hiperactividade*. Revista de Neurologia.

Correia, L. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Coleção Educação Especial. 1ª, Edição. Porto: Porto Editora.

Correia, L. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais. Um guia para Educadores e Professores*. Porto: Porto Editora.

Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específica*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

DuPaul, J. & Stoner, G. (2007). *TDH nas Escolas: Estratégias de avaliação e intervenção*. S. Paulo: M. Books.

Fachin, O. (2001). *Fundamentos de metodologia*. São Paulo: saraiva.

Fonseca, V. (2008). *Dificuldades de Aprendizagem – abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar*. Lisboa: Âncora editora.

Guttman, L. (1994). A basic for scaling qualitative data. In Summers (ed.). *Attitude Measurement*. Chicago: Rand McNally Comp.

Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitudes*. Archives of Psychology.

Lima, M. (1996). *Atitudes*. In Jorge Vala & Monteiro (Eds.). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lima, M. (2004). *Atitudes*. Em Vala, J. & Monteiro, M. (Eds.). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Mattos, P. et al. (2003). *Neuropsicologia do TDAH*. In: ROHDE, Luís Augusto et al. *Princípios e práticas em TDAH*.

Rodrigues & Encarnação. (2006). *Estudo das percepções dos professores sobre a PHDA – Estudo piloto das percepções dos professores dos 1º, 2º, 3º, ciclos e Secundários das Escolas de Santarém*. Trabalho não publicado, elaborado para efeitos de estudo exploratório. CADIN 2006.

Rodrigues, A. (1972). *A Psicologia Social*. Rio de Janeiro: Vozes Editora.

Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. (2008) *Hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo*, Tese de Mestrado não publicada, Dissertação apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial e Reabilitação, Universidade Técnica de Lisboa.

Stake, R. E. (sd). *The case study method in social inquiry*.

Thurstone, L. (1971). Attitudes can be measured. In Summers (ed.). *Attitude Measurement*. Chicago: Rand McNally Comp.

Yin, R. K. (2005). *Introducing the world of education. A case study reader*. Thousand Oaks: Sage Publications.

2.2. Fontes Electrónicas

Declaração de Salamanca (1994). Consultado no dia 11 de Março de 2010 no site <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>.

Warnock Report (1978). Consultado no dia 7 de Janeiro de 2010 no site <http://www.ttrb.ac.uk/attachments/21739b8e-5245-4709-b433-c14b08365634.pdf>

Golstein, S. (2003). *Compreensão, avaliação e atuação: uma visão geral sobre o TDAH*. Consultado no dia 15 de Abril de 2010 no site <http://www.hiperatividade.com.br>.

2.3. Fontes Legislativas

Decreto-Lei 3/2008. Consultado no dia 5 de Fevereiro no site http://www.aefa.edu.pt/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=167%3Adecreto-lei-no-32008-ensino-especial&Itemid=43

3. Anexos

Anexo 1

(Questionário do estudo)

Questionário

Este Questionário surge no âmbito do Projecto final de curso – **Mestrado em Ensino Especial** – na Escola Superior de Educação Almeida Garrett e tem como principal objectivo aferir as estratégias para promover uma atitude favorável de docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico face à inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção - PHDA.

É um questionário anónimo e os dados obtidos são de uso exclusivo deste Projecto de Investigação-acção.

Nesse sentido solicito a sua cooperação, através do preenchimento deste questionário.

Desde já agradeço a sua colaboração!

Questionário sobre “Atitudes dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção”

Formação:		Género: M ☐ F ☐
Anos de Leccionação:		Idade:
Nível Académico:	Situação Profissional:	Ano escolar que lecciona:
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0- nenhum; 1- Pouco; 2- Suficiente; 3- Bom)		0 1 2 3
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA (0- nenhum; 1- no curso; 2- conferências, leituras, etc.; 3- Cursos breves, acções pontuais; 4- Pós-graduada, especializada)		0 1 2 3 4

- 1- Das seguintes características, qual/quais é/são a(s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? (assinale com uma cruz)

Falta de Atenção	
Hiperactividade	
Impulsividade	

- 2- Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção? (assinale 5)

1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades	
3. Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	
4. Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	
5. Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas	
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares).	
7. Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares.	
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	
9. Esquece-se das actividades quotidianas.	
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	
12. Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	
13. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	
14. Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	
15. Fala excessivamente.	
16. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	
17. Tem dificuldade em esperar a sua vez.	
18. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	

3- Classifique quanto à prevalência: A PHDA é: (Assinale com uma cruz (x) uma única opção)

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	

4- Na sua opinião o que pode causar a PHDA? (Assinale com uma cruz (x))

Factores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Factores genéticos	
Estilos Parentais	
Factores Biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)	
Outros – Quais?	

5- Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	

6- Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? (Assinale com uma cruz (x))

Professor	
Psicólogo	
Professor Ensino Especial	
Médico	
Outro – Quem?	

7- Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?

Sim	
Não	

8- Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desatenção?

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	
Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa auto-estima	
Comportamentos de risco	
Outros – (Quais?)	

9- Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 7- menos importante)

Medicação	
Colaboração Pais - Escola	
Terapia familiar	
Apoio escolar/académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros – (Quais?)	

10- Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 9- menos importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Outro – Qual?	

11-A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor assinala a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças. (0- Nunca; 1- Frequentemente; 2- Sempre)

1. Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios,...).	0	1	2
2. Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	0	1	2
3. Ignorar pequenos comportamento inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	0	1	2
4. Time-out (tempo de afastamento da classe).	0	1	2
5. Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	0	1	2
6. Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas.	0	1	2
7. Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	0	1	2
8. Supervisão frequente do trabalho.	0	1	2
9. Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	0	1	2
10. Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	0	1	2
11. Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	0	1	2
12. Regras da sala de aula identificadas e assinaladas na sala.	0	1	2
13. Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: pôr o nome da criança no quadro).	0	1	2
14. Reprimendas verbais.	0	1	2
15. Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feedback como os objectivos foram alcançados.	0	1	2
16. Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo.	0	1	2
17. Regulamento Disciplinar da Escola (Ex.: normas de conduta; procedimentos disciplinares).	0	1	2
18. Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex. “permanecer sentado”escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	0	1	2
19. Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	0	1	2
20. Ameaçar o aluno (Ex.: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	0	1	2
21. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	0	1	2

Anexo 2

(Questionário original)



QUESTIONÁRIO SOBRE PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA) EM CONTEXTO ESCOLAR

Formação inicial:	Género	M ☐	F ☐
Anos de Leccionação:	Idade:		
Nível Académico:	Situação Profissional:	Ano escolar que lecciona:	
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0- nenhum, 1- Pouco, 2- Suficiente, 3- Bom)		0 1 2 3	
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA (0- nenhum 1 - no curso; 2- conferências, leituras, etc. 3 - Cursos breves, acções pontuais, 4 - Pós-graduada, especializada)		0 1 2 3 4	
Tem, ou teve, crianças com diagnóstico de PHDA, na sua sala: Sim ☐ Não ☐		Nº crianças _____	
Data:	Escola:		

- 1- Das seguintes características, qual/quais é/são a (s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? (assinale com uma cruz)

Falta de Atenção	☐
Hiperactividade	☐
Impulsividade	☐

- 2 – Em baixo estão assinaladas as 9 características da **Falta de Atenção**, descritas pelo DSM-IV. Ordene-as da mais importante para a menos importante consoante o desajustamento que provocam no contexto escolar (1-menor desajustamento; 9- maior desajustamento)

Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades	
Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades	
Com frequência não parece ouvir quando se lhe fala directamente	
Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções)	
Com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades	
Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa)?	
Com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas)?	
Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes?	
Esquece-se com frequência das actividades quotidianas?	

- 3 – Em baixo estão assinaladas as 6 características da **Hiperactividade** descritas pelo DSM-IV. Ordene-as da mais importante para a menos importante consoante o desajustamento que provocam no contexto escolar. (1- menor desajustamento; 6- maior desajustamento)



Com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés ou move-se quando está sentado	
Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	
Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo	
Com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio	
Com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”	
Com frequência fala em excesso	

4 - Em baixo estão assinaladas as 3 características da **Impulsividade** descritas pelo DSM-IV. Ordene-as da mais importante para a menos importante consoante o desajustamento que provocam no contexto escolar. (1- menor desajustamento; 3- maior desajustamento)

Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado	
Com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez	
Com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos)	

5- Classifique quanto à prevalência: A PHDA é:

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	
Justifique a sua resposta:	

6 – Na sua opinião o que pode causar a PHDA?

Factores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Factores biológicos	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Factores genéticos	
Educação Familiar	
Outros:	
Se respondeu outros, indique quais, por favor:	

7 – Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	



8 – Na sua opinião, quem deve fazer o diagnóstico?

Professor	
Psicólogo	
Médico	
Outro	
Se respondeu outro, indique quem, por favor:	

9 – Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?

Sim	
Não	

10 – Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação.

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	
Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa auto-estima	
Comportamentos de risco	

11 – Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA?

Medicação	
Colaboração Pais - Escola	
Terapia familiar	
Apoio escolar/académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros	
Se respondeu outros, indique quais, por favor:	



12 – Na sua opinião a medicação é importante para o tratamento desta perturbação?

Muito importante	
Pouco importante	
Nada importante	

3 – Na sua opinião quais são os principais efeitos da medicação no contexto escolar?

Melhoria da atenção	
Apatia	
Auto -Controlo	
Maior rendimento escolar	
Diminuição dos comportamentos de agressividade	
Melhoria na relação com os pares	

14 – Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- menos importante; 12- mais importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Participar na construção do PE e do PEI	
Participação em adaptações curriculares	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Ter um Projecto Educativo de Escola (PEE) que contemple estas especificidades	
Outro	
Se respondeu outro, especifique, por favor:	

15 – Em seguida são apresentadas várias estratégias a pôr em prática na sala de aula que podem contribuir positivamente para o tratamento desta perturbação.

As sugestões apresentadas apoiam-se numa revisão de literatura recente, sobre intervenção em contexto escolar e destinam-se sobretudo, a professores que tenham alunos diagnosticados com PHDA ou que manifestem apenas alguns sintomas.



Por favor leia com atenção, e preencha a tabela indicando o grau de utilização e o grau de eficácia destas estratégias, quando se lida com comportamento de crianças com PHDA.

	Grau de Utilização				Grau de Eficácia		
	Regularmente	Por vezes	Vale a pena tentar	Não se ajusta com o meu método de ensino	Muito eficaz	Moderadamente eficaz	Nada eficaz
1. Regras na sala de aula (isto é, regras identificadas e afixadas na sala de aula)							
2. Organização da sala de aula							
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados							
4. Elogiar comportamentos apropriados							
5. Dar ordens concretas e precisas							
6. Repreensões para comportamentos impróprios							
7. Utilizar instruções precisas para cada tarefa							
8. Caderno com atribuição de trabalho de casa (ex: agenda diária)							
9. Registos diários e semanais vindos de casa							
10. Relatórios diários e semanais com objectivos específicos de comportamento e feedback como os mesmos foram alcançados							
11. Estratégias de controlo de comportamento (ex: Se terminar o trabalho, poderá ter tempo livre)							
12. Sistema de recompensas por pontos ou senhas, ou sistemas de economia de fichas							

6

Maria de Fátima Morgado Ribeiro
Quinta da Mendanha, rua Antero de Quental, Lote 7, 2580-604 Carregado

MMH

	Grau de Utilização				Grau de Eficácia		
	Regularmente	Por vezes	Vale a pena tentar	Não se ajusta com o método de ensino	Muito eficaz	Moderadamente eficaz	Nada eficaz
13. Utilização de estratégias de custo de resposta (ex: perder 5 minutos de intervalo por cada trabalho de casa não terminado)							
14. Consequências para a turma ou para o grupo (ex: actividade especial para todos se toda a turma se comportar bem)							
15. Time-out							
16. Enviar o aluno ao gabinete do Director.							
17. Regulamentar disciplinar da Escola (ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares)							
18. Colocar lembretes na carteira do aluno (por exemplo, "Permanecer sentado", escrito num cartão colocado na mesa do estudante)							
19. Promoção de competências sociais - individual ou pequeno grupo							
20. Utilização de estratégias de auto-monitorização, auto-avaliação e auto-controlo							
21. Utilização de um tutor							
22. Outro método (por favor descreva-o)							
23. Até que ponto é que você acha que a interacção com esta criança é uma agradável experiência?							

7

Maria de Fátima Morgado Ribeiro
Quinta da Mendanha, rua Antero de Quental, Lote 7, 2580-604 Carregado

Anexo 3

(Ofício de pedido de autorização à Directora da Escola Pública)

Anexo 4

(Ofício de pedido de autorização ao Director Pedagógico do Colégio)

Anexo 5

(Questionários preenchidos pelos inquiridos)