

**Paulo Alexandre Rodrigues dos Santos**

**Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto**

**Escolar:**

**Estudo Comparativo das Perceções e Impacto em**

**Professores do Ensino Básico**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto, Outubro de 2012**



**Paulo Alexandre Rodrigues dos Santos**

**Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto**

**Escolar:**

**Estudo Comparativo das Perceções e Impacto em Professores  
do Ensino Básico**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto, Outubro de 2012**

**Paulo Alexandre Rodrigues dos Santos**

## **Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto**

**Escolar:**

**Estudo Comparativo das Perceções e Impacto em Professores  
do Ensino Básico**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação - Educação Especial, sob a orientação da Prof. Doutora Tereza Ventura.

**Porto, Outubro de 2012**

## RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do sistema nervoso central com um quadro sintomático diversificado. Surge na infância e é caracterizada por significativas dificuldades em manter a atenção, impulsividade e hiperatividade. Tendo em conta o contexto profissional e o desafio que esta perturbação representa no contexto de sala de aulas, torna-se pertinente saber intervir nestes alunos, de forma adequada, com recurso a estratégias/práticas educativas e comportamentais diversificadas, para que se possa promover o seu sucesso académico.

Através deste trabalho, pretendeu-se: saber quais as perceções dos professores do Ensino Básico em relação aos alunos com PHDA; verificar de que forma a presença de alunos com PHDA pode influenciar a sua intervenção pedagógica, contribuindo deste modo para um maior conhecimento e melhor atendimento de alunos com PHDA nas escolas, naquele nível de ensino.

Para que os objetivos suprarreferidos pudessem ser alcançados, recorreu-se a um estudo de natureza quantitativa, com a aplicação de um questionário, como instrumento de recolha de dados, numa amostra de 60 professores dos 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico de Rabo de Peixe, nos Açores.

Os resultados obtidos demonstraram que, maioritariamente, os professores inquiridos revelaram conhecimentos sobre as causas, características e diagnóstico da PHDA, bem como acerca das possíveis intervenções no contexto de sala de aula e fora da mesma para se intervir em crianças com esta síndrome, através da implementação de um conjunto de estratégias e técnicas pedagógicas que permitirão à criança com PHDA ter melhores respostas de aprendizagem. Verificou-se que os professores procuram adaptar as práticas/estratégias de intervenção, no contexto sala de aula, às características das turmas e dos alunos, mas que o seu próprio perfil enquanto docentes tem significativa importância naquela escolha.

**Palavras-Chave:** Inclusão; Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção; Alunos; Intervenção.

## **ABSTRACT**

The Hyperactivity Disorder Attention Deficit (ADHD) is a disorder of the central nervous system with symptoms very diverse. Appears in childhood and is characterized by significant difficulties in sustaining attention, impulsivity and hyperactivity. Having regard to the professional context and the challenge that this disturbance is in the context of the classroom, it becomes pertinent to know these students intervene, as appropriate, using strategies / behavioral and educational practices diversified, so you can promote your academic success.

Through this work, it was intended: to know which teachers' perceptions of the 1st cycle of basic education in relation to students with ADHD; verify how the presence of students with ADHD may influence their pedagogical intervention. For the purposes referred to above can be achieved, we used a quantitative study with the application of a questionnaire as a tool to collect data on a sample of 60 teachers of the 1st and 2nd cycles of basic education of Tail fish, in the Azores. The results showed that, mainly, the teachers surveyed revealed knowledge about the causes, characteristics and diagnosis of ADHD, as well as about possible interventions in the context of the classroom and outside of it to intervene in children with this syndrome by implementing a set of strategies and teaching techniques that allow the child with ADHD have better answers learning.

**Keywords:** Inclusion; Hyperactivity Disorder Attention Deficit; Students; Intervention.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos quanto contribuíram para a execução deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Tereza Ventura que me orientou e se mostrou sempre disponível nas minhas dificuldades e também pelo apoio incondicional demonstrado.

À minha esposa, aos meus pais e familiares pelo ânimo constantemente partilhados e por mim reconhecidos.

A todos os professores inquiridos, cuja colaboração prestada foi preciosa para a realização deste trabalho.

A todos os meus professores e amigos pela amizade e pelo ânimo constantemente partilhados e por mim reconhecidos.

A todos um muito obrigado.

## Índice

RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	6
AGRADECIMENTOS .....	7
I - INTRODUÇÃO .....	11
II – ABORDAGEM DE TEÓRICA .....	14
1. Da Exclusão à Inclusão .....	14
i. A Exclusão .....	15
ii. A Integração .....	18
iii. A Inclusão .....	23
2. Conceito de Educação Especial .....	28
i. Contextualização Histórica e Legislativa da Educação Especial em Portugal ....	29
ii. Necessidades Educativas Especiais .....	36
iii. Tipologia de Necessidades Educativas Especiais .....	39
3. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção .....	41
i. Conceptualização de Hiperatividade com Défice de Atenção .....	41
ii. Evolução do conceito de Hiperatividade com Défice de Atenção .....	44
iii. Diagnóstico .....	48
iv. Problemas relacionados .....	53
v. Intervenção na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção .....	56
II – ESTUDO EMPÍRICO .....	64
1. Problemática .....	64
2. Objetivos .....	65
3. Hipóteses .....	66
4. Método .....	67
5. Universo e amostragem .....	68
i. Caracterização dos sujeitos da amostra .....	69
6. Instrumentos e procedimentos .....	74
III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	77
1. Apresentação dos resultados .....	77
i. Análise descritiva .....	77
ii. Análise inferencial .....	90
2. Discussão dos resultados .....	94
IV – CONCLUSÕES .....	102
BIBLIOGRAFIA .....	105
ANEXOS .....	I

ANEXO 1 - Quadros .....	II
ANEXO II - Questionário .....	XXXIII
ANEXO III - Autorização DREF .....	XLII
ANEXO IV - Autorização do Conselho Executivo.....	XLIV

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a formação.....	69
Quadro 2 – Distribuição da amostra sendo o género .....	70
Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo os anos de lecionação .....	71
Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a idade .....	71
Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo o nível académico .....	72
Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional.....	73
Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo o ano escolar que leciona.....	73
Quadro 8 - Grau de informação anterior sobre as PHDA .....	II
Quadro 9 - Tipo de formação anterior sobre as PHDA.....	II
Quadro 10 - Crianças com diagnóstico de PHDA.....	II
Quadro 11 - Número de crianças com PHDA .....	II
Quadro 12 - Características de suspeita de PHDA.....	II
Quadro 13 - Características que perturbam mais as crianças com PHDA .....	III
Quadro 14 - Prevalência da PHDA.....	IV
Quadro 15 - Causas de PHDA.....	V
Quadro 16 - A PHDA desaparece com o tempo .....	V
Quadro 17 - Diagnóstico de PHDA.....	V
Quadro 18 - Problemas associados à PHDA.....	VI
Quadro 19 – Tipo de problemas associados.....	VI
Quadro 20 – Forma de intervenção mais benéfica para a criança com PHDA.....	VII
Quadro 21 - Que pode fazer um professor que tem na sala de aula uma criança/jovem com PHDA .....	VII
Quadro 22 - Forma de intervenção com aluno com PHDA.....	IX
Quadro 23 - Teste One-Way ANOVA entre a formação e as estratégias de intervenção .....	IX

Quadro 24- Teste T entre o género e as estratégias de intervenção .....	XV
Quadro 25 - Teste One-Way ANOVA entre os anos de lecionação e as estratégias de intervenção .....	XVII
Quadro 26 - Teste One-Way ANOVA entre a idade e as Estratégias de Intervenção .....	XIX
Quadro 27 - Teste T entre o nível académico e as estratégias de intervenção.....	XXI
Quadro 28 - Teste One-Way ANOVA entre a situação profissional e as Estratégias de Intervenção .....	XXII
Quadro 29 - Teste One-Way ANOVA entre o ano que lecionam e estratégias de intervenção.....	XXV
Quadro 30 - Teste T entre crianças com PHDA e as estratégias de intervenção.....	XXXII

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Formação .....	70
Gráfico 2 – Género.....	70
Gráfico 3 – Anos de lecionação.....	71
Gráfico 4 – Idade .....	72
Gráfico 5 – Nível académico.....	72
Gráfico 6 – Situação profissional.....	73
Gráfico 7- Ano que leciona .....	74
Gráfico 8 - Grau de informação anterior sobre as PHDA.....	78
Gráfico 9 - Tipo de formação anterior sobre as PHDA.....	78
Gráfico 10 - Crianças com diagnóstico de PHDA .....	79
Gráfico 11 - Número de crianças com PHDA.....	79
Gráfico 12 - Características de suspeita de PHDA.....	80
Gráfico 13 - Características que perturbam mais as crianças com PHDA.....	81
Gráfico 14 - Prevalência da PHDA .....	82
Gráfico 15 - Causas de PHDA.....	83
Gráfico 16 - A PHDA desaparece com o tempo.....	84
Gráfico 17 - Diagnóstico de PHDA .....	85

Gráfico 18 - Problemas associados à PHDA .....	85
Gráfico 19 - Tipo de problemas associados.....	87
Gráfico 20 - Forma de intervenção mais benéfica para a criança com PHDA.....	88
Gráfico 21 - Que pode fazer um professor que tem na sala de aula uma criança/jovem com PHDA .....	89
Gráfico 22 - Forma de intervenção com aluno com PHDA.....	89

## I - INTRODUÇÃO

A opção pelo tema desta dissertação de mestrado - *Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico* - deve-se ao facto de se ter consciência de que a realização deste trabalho poderá ser um contributo para se conhecer uma outra face da inclusão de alunos com esta síndrome nas escolas do ensino regular. Por outro lado, porque este é um meio de conhecer a realidade concreta de professores que trabalham com alunos com Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA), na tentativa de se perceber quais as dificuldades/constrangimentos que estes agentes educativos sentem no seu dia-a-dia profissional, quando têm uma criança com esta síndrome incluída na sua sala de aulas.

A explanação do tema poderá trazer benefícios para o aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos sobre o desenvolvimento de competências dos alunos com PHDA, bem como para a promoção de uma atitude mais positiva e favorável na forma de intervir com estes alunos.

A educação é um direito consagrado na legislação, cujo objetivo primordial é a igualdade de oportunidades para todos. Conforme se assegura no Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro: Citações grandes devem ter tamanho de letra 10 segundo o manual de estilo da UFP Artº4, nº6 Alterar todas.

“A educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados. No quadro da equidade educativa, o sistema e as práticas educativas devem assegurar a gestão da diversidade da qual decorrem diferentes tipos de estratégias que permitam responder às necessidades educativas dos alunos. Deste modo, a escola inclusiva pressupõe individualização e personalização das estratégias educativas, enquanto método de prossecução do objetivo de promover competências universais que permitam a autonomia e o acesso à condução plena da cidadania por parte de todos.”

A escola, atualmente, acolhe alunos com diversas proveniências culturais, sociais, económicas, com projetos de vida, interesses e vivências diversificados, com maiores ou menores limitações em termos de aprendizagem. A própria Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994, p. 11) assegura:

“O princípio orientador deste Enquadramento da Ação consiste em afirmar que as escolas se devem ajustar a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, intelectuais,

linguísticas ou outras. Neste conceito terão de se incluir crianças com deficiência ou sobredotados, 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 marginais”.

Como tal, a inclusão escolar não é mais do que proporcionar a igualdade de oportunidades no acesso a um currículo diversificado e adequado e a serviços de qualidade que promovam o sucesso de todos os alunos, independentemente das suas características. Consequentemente, a sala de aulas transforma-se numa realidade bastante heterogénea, obrigando a uma capacidade, por parte do professor, de gestão com diferentes níveis e ritmos de aprendizagem. Para dar resposta adequada a todos os alunos, terá de recorrer a diversas estratégias e criar um ambiente educativo, implicando-os no processo de aprendizagem.

As crianças com PHDA podem apresentar comportamentos disruptivos na sala de aula, prestações abaixo das suas capacidades, dificuldades de aprendizagens específicas, dificuldades de relacionamento com os seus pares, devido ao défice de atenção e à impulsividade. Podem revelar pouca persistência e baixa motivação na realização das atividades devido à sua dificuldade em cumprir regras e ordens. Em função dessas situações, por norma, a criança desenvolve uma baixa autoestima e um baixo autoconceito escolar (Polis, 2008).

Apesar de não existirem “receitas”, nem dois alunos com PHDA iguais, os professores têm de recorrer a uma grande variedade de metodologias de intervenção com base nas necessidades e complexidades de cada caso, a fim de promover uma melhoria significativa das competências sociais, desempenho académico, aumento da autoestima e da autoconfiança do aluno e a diminuição de comportamentos disruptivos. Contudo, esta não será uma tarefa fácil, quando se trabalha com uma heterogeneidade de alunos, o que requer uma grande destreza por parte do professor.

Com base no exposto, apresentam-se as questões de investigação, fios condutores deste trabalho:

- Quais as percepções dos professores do 1ºCiclo do Ensino Básico em relação aos alunos com PHDA?
- De que forma a presença de alunos com PHDA pode influenciar a sua intervenção pedagógica?

Decorrente desta problemática, delinearão-se os seguintes objetivos:

- Verificar se os sujeitos da amostra possuem formação na área da PHDA;
- Averiguar se os professores têm alunos com PHDA incluídos na sua turma;
- Verificar se os professores conhecem as características da PHDA e quais as que são mais perturbadoras para o processo de ensino e aprendizagem;
- Saber se os professores conhecem a prevalência da PHDA e as suas causas, diagnóstico e problemas associados;
- Verificar qual a forma de intervenção considerada mais benéfica para as crianças com PHDA, na perspetiva dos sujeitos da amostra;
- Averiguar as possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar em alunos com PHDA.

Para que os objetivos suprarreferidos pudessem ser alcançados, recorreu-se a um estudo de natureza quantitativa, com a aplicação de um questionário, como instrumento de recolha de dados, numa amostra de professores dos 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico de Rabo de Peixe, nos Açores.

Em termos estruturais, este trabalho apresenta duas partes distintas, mas complementares, uma teórica e outra prática.

## **II – ABORDAGEM DE TEÓRICA**

### **1. Da Exclusão à Inclusão**

Falar da problemática do indivíduo diferente não é sem dúvida inovador, mas os vários conceitos têm sido uma fonte de estudos em permanente construção. Cada época é representada por uma cultura que é dinâmica, evoluindo de acordo com paradigmas que a regem, políticas socioeconómicas que adota e, também, na forma como promove o bem estar dos seus cidadãos (Louro, 2001), fomentando a construção de novos valores e conceitos que, segundo Niza (2004), têm a ver com o sistema de ideias e estrutura social em que estão inseridos.

Acredita-se que perspetivar historicamente o modo como a deficiência e a diferença foram contempladas na sociedade ocidental, ajudará a entender a sua relação com as expectativas, as necessidades sociais, a consciência social de cada época e o modo como presentemente se posiciona face aos alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

Segundo Paixão (2002), na sociedade em geral, muitos são os conceitos de diferença que podem ser aproximados. Com alguma facilidade se encontram enquadrados nos seguintes enunciados: diferença como oposto da igualdade; diferença como sinónimo de diversidade; diferença com sentido indesejável; diferença como algo a ser tolerado; e diferença como representação de deficiência. A sociedade sofre constantes mutações e a problemática da deficiência vai sentindo o reflexo dessa maturidade humana e cultural. É preciso questionar: Quem define o que é normal? “Onde ficam as pessoas que não se enquadram nesse perfil da dita normalidade?” (Paixão, 2002, p.93).

No dizer de Fonseca (1995), em termos antropológicos, ser diferente, representou em vários períodos históricos e representa, ainda hoje para muitas sociedades, uma condição de ser inferior no que diz respeito a direitos e funções sociais, verificando-se frequentemente serem vítimas de abusos de poder, o mesmo se passando com outras minorias. Segundo Silva (2009), o que tem determinado o modo como se tem olhado a diferença são as características económicas, sociais e culturais de cada época. Este autor afirma que o caminho até à inclusão tem sido penoso e há ainda muito

para fazer. De acordo com Baptista (2011, p.9), “O fenómeno da exclusão escolar é uma calamidade que assola ainda o mundo inteiro”. No parecer de Camacho (2004), o mundo tem feito progressos em relação à educação especial e ao caminho para a inclusão procurando encontrar métodos e formas de intervenção que ajudem de forma positiva “no crescimento individual e social de todos os seres humanos” (p.13).

Neste capítulo, pretende-se mostrar esta evolução, fazendo-se uma reflexão sobre ela, tendo em atenção o percurso diferenciado: partindo da exclusão, a institucionalização, a normalização, a integração e a inclusão escolar de alunos com NEE de carácter permanente. Para tal, serão abordados e aprofundados conceitos como o de educação especial, escola inclusiva, diferenciação curricular, inclusão de crianças e jovens com NEE no estado atual. Serão mencionados os principais marcos legislativos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização da história da educação especial em Portugal, tratando em pormenor a legislação atual.

O caminho percorrido baseia-se, para além do trabalho legislativo, nos estudos efetuados a nível nacional e internacional que, também eles, serão abordados neste capítulo.

### **i. A Exclusão**

Ao longo dos tempos, as diversas sociedades, perante a dificuldade em lidar com as diferenças físicas, psíquicas e sensoriais, recorreram a diversas práticas de exclusão (Silva, 2009). Segundo Correia (1999), o problema da existência de indivíduos com deficiência, inadaptados ao quotidiano resolvia-se com a sua eliminação, na altura, logo após o seu nascimento ou durante os primeiros anos de vida. Durante muito tempo acreditou-se que excluir estas pessoas era a solução para o problema.

Ainda na Idade Média surgiram os primeiros hospícios e albergues, criados por nobres e ordens religiosas que acolhiam estas pessoas, por elas representarem uma ameaça (Silva, 2009). Estas instituições, de carácter assistencialista e não educativo, albergavam todo o tipo de deficiência e incapacidade sendo construídas fora das localidades, pelo que as pessoas com deficiência eram afastadas da família e dos vizinhos, mantendo-se incomunicáveis e privadas de liberdade (Garcia, 1989, citado por Jiménez, 1997).

Segundo Ferreira (2007), “a primeira tentativa de educação de indivíduos com alguma incapacidade, dá-se apenas no final do século XVI com Pedro Ponce de Leon” (p.17). Pedro Ponce de Leon era um monge cristão que ensinou a ler e a escrever com sucesso crianças surdas, tendo contribuído para pôr em causa a descrença que existia em relação a estas (Ferreira, 2007). Estava dado um passo e outros se lhe seguiram. Ainda, segundo a mesma autora em 1760, Jean Bonet abre uma escola para surdos e em 1784, uma outra para crianças cegas.

Em relação à dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID), comumente ainda conhecida por deficiência mental, de acordo com Ferreira (2007) só em 1798 assistimos ao surgimento de preocupações e de medidas de índole educativo. Foi com Itard que, contrariando o parecer de Pinel, se propõe educar um menino encontrado na selva, ficando comprovado que um treino intensivo podia produzir ganhos efetivos.

Segundo Ferreira (2007), Édouard Seguin impulsionou a criação de algumas escolas para “crianças atrasadas mentais” (p.18), desenvolvendo e retomando algumas das intuições pedagógicas de Itard, também Binet e Maria Montessori lançam fundações que vieram a tornar-se educação especial. Ainda segundo Silva (2009) constituiu um marco importante para a educação das pessoas com deficiência os estudos de Esquirol, em 1818, que permitiram a tomada a consciência de que, o conceito de DID e doença mental não podiam ser confundidos.

No início do século XIX há “a tentativa de recuperação ou remodelagem da criança diferente, com o objetivo de a ajustar à sociedade, num processo de socialização concebido para eliminar alguns dos seus atributos negativos, reais ou imaginários” (Correia & Cabral, 1999, p.13). Com a generalização da escolaridade obrigatória no início do século XIX (Baptista, 2008), surgem as escolas especiais em função das várias etiologias (cegos, surdos, DID, paralisia cerebral...), uma vez que o afastamento social se mantém como norma. A pessoa com deficiência continua a ser considerada antissocial e perturbadora (Bautista,1997).

Ainda, no decorrer do século XX, ampliam-se os conhecimentos, com a teoria psicanalítica de Freud, os testes de Galton, o conceito de idade mental, os testes de inteligência de Binet e Simon, que contribuem para a identificação de crianças, na época, consideradas mentalmente atrasadas que não beneficiavam de uma situação educativa, pondo em causa o internamento em instituições e escolas especiais e o afastamento social (Madureira, 2003).

A institucionalização, numa primeira fase não apresentava uma clara intenção educativa, surgindo, mais tarde, pela mão de reformadores sociais, de clérigos e de médicos que, conjuntamente com a contribuição de associações profissionais e com o desenvolvimento científico e técnico, se foi verificando que os testes psicométricos de Binet e Simon, escala métrica da inteligência, permitiam avaliar os alunos e encaminhá-los para as escolas especiais (Correia, 1997; Silva, 2009).

Simon (2000) refere que uma política de exclusão, feita através da institucionalização, elimina as crianças da sociedade da qual deveriam fazer parte integrante, sendo excluídas dos programas educativos públicos, impedidas das interações indispensáveis para o seu desenvolvimento, crescendo em ambientes hostis sem o apoio de serviços que ajudem crianças/ jovens e as suas famílias na tarefa educativa.

De acordo com Santos e Morato (2002), quando as escolas começam a aceitar alguma responsabilidade na educação destes alunos, ainda domina uma prática segregacionista. As crianças ditas na época de deficientes e rotuladas de atrasadas são separadas dos outros alunos e colocadas em classes especiais (Santos & Morato, 2002). É nesta altura, no entanto, que começa a surgir a figura do professor de educação especial, emergindo novos rumos na educação especial (Jiminez,1997).

O atendimento institucionalizado, para a grande maioria das pessoas com deficiência e transtornos psíquicos, perdurou até metade do século XX, sendo vista a segregação e a institucionalização como algo benéfico às próprias pessoas (Monroy, 2003). Esta posição justifica-se dado que a própria comunidade científica, como afirmam Bairrão e colaboradores (1998) “pensava que prestava um melhor serviço às crianças educando-as conjuntamente com outras crianças deficientes, protegendo-as, assim, dos normais” (p.18).

Em Portugal, a fase de institucionalização teve resposta na criação, em 1822, do Instituto de Surdos, Mudos e Cegos; posteriormente em 1916, o Instituto Médico Pedagógico da Casa Pia de Lisboa, mais tarde denominado Instituto António Aurélio da Costa Ferreira e nos anos sessenta surgem as primeiras Associações de Pais, mais concretamente em 1962, a Associação de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), nome adotado em 1965 (Silva, 2009).

Apesar da sociedade ter sido durante muitos anos cega à diferença, ou como diria Sousa Santos (1995), citado por Cortesão, (2000, p.8) ter vivido um período “indiferente à diferença” e de mais tarde ter percecionado apenas as “diferenças óbvias”

(p.8) onde se incluem as deficiências. Atualmente entendemos que a diferença e a diversidade constituem valores positivos e elementos potenciadores de progresso, anunciando uma nova fase de “valorização das diferenças” (Rodrigues, 2001, p.9).

Nesta perspetiva, a escola tradicional procurou dar à totalidade da população uma base comum baseada numa escola universal, laica e obrigatória. Contudo, foram-se acentuando as diferenças culturais, de características e capacidades pessoais de que os alunos apresentam. A escola, não sendo capaz de dar resposta ao aluno com deficiência, cria escolas especiais, normalmente organizadas por categorias de deficiência (Rodrigues, 2001; Baptista, 2008).

No século XX, as transformações sociais do pós-guerra, a defesa dos Direitos do Homem (1948), a Declaração dos Direitos da Criança (1959), as Associações de Pais, e uma mudança na filosofia da educação especial (Silva, 2009), estiveram na origem da fase de integração, perspetivando a diferença com o direito de participação na vida social e integração na vida escolar e profissional.

## **ii. A Integração**

A filosofia da integração escolar fundamenta-se basicamente no princípio da normalização. O conceito de normalização estendeu-se a outros países da Europa e da América do Norte nos anos sessenta do século XX e através de Wolfensberger no ano de 1972, no Canadá (Baptista, 2008). A normalização, na opinião de Silva (2009), consistia em reconhecer às pessoas com deficiência os mesmos direitos dos outros cidadãos do mesmo grupo etário, em aceitá-los na sua especificidade, proporcionando-lhe serviços na comunidade que permitissem desenvolver competências, possibilitando acumular comportamentos próximos da normalidade. Segundo autores como Bautista (1997) e Lopes (1997), a normalização representa o objetivo para atingir a integração.

Segundo Correia (2003, p.37), integração define-se

“como sendo um conceito que pretende, sempre que possível, a colocação da criança com Necessidades Educativas Especiais junto da criança dita normal, para fins académicos e sociais, num meio menos restritivo possível”.

Ou seja, a sua colocação num ambiente o mais normal possível, de acordo com as suas características e com vista a receber uma educação apropriada, capaz de lhe

oferecer o apoio educativo imprescindível à superação do seu problema. Bautista (1997) acrescenta, ainda, que não basta a colocação física da criança num ambiente menos restritivo, é necessária uma participação efetiva nas tarefas escolares que proporcionem à criança uma educação diferenciada de que necessita, com apoio nas adaptações e meios pertinentes para cada caso.

Ao conceito de educação integrada está subjacente uma visão de “escola como um espaço educativo aberto, diversificado e individualizado, em que cada aluno possa encontrar resposta à sua individualidade, à sua diferença” (Correia & Cabral, 1999, p. 19). Para que a integração resulte, é de todo necessário que exista uma base onde se apoiar para que não surja como imposição mas como um processo necessário, em que o ensino regular e a educação especial estejam em consonância. A integração processa-se, de acordo com Baptista (2008), com a entrada de alunos das instituições e das escolas de educação especial nas escolas de ensino regular. De acordo Sanches (2006) a integração deverá permitir que todos façam parte da sociedade a que pertencem na sua plenitude. Na opinião de Leite (2005), só se deve recorrer às classes especiais ou a outras formas de segregação quando as necessidades do aluno não possam ser satisfeitas num meio que inclua alunos ditos normais.

A posição dos pais perante a colocação do seu filho num meio mais ou menos segregador depende de múltiplas perspetivas. Assim, há pais que recusam a segregação, porque a colocação na escola de ensino regular elimina o estigma associado à frequência de uma classe especial. Outros consideram que é preferível um meio mais restritivo, logo mais segregador, mas que à partida irá mais ao encontro das suas necessidades individuais. Correia e Cabral (1999) divergem nesta posição, referindo que a literatura sobre o assunto sugere que os alunos colocados em classes segregadas sofrem mais com a separação, sobretudo apresentam um autoconceito mais baixo.

“O movimento de integração deu-se em primeiro lugar nos países nórdicos, Suécia, Dinamarca e Noruega, onde se foi progressivamente implantando desde os anos 60” (Bairrão et al. 1998, p.17). Nos Estados Unidos da América (EUA) esta prática tornou-se corrente em 1975, após a aprovação pelo Congresso da *Public Law* 94-142 de 1975, constituindo este um momento importante para a integração dos alunos com NEE nas escolas públicas, estabelecendo o direito à educação pública, gratuita e acessível a todos os alunos com deficiência, com a aplicação de procedimentos adequados e justos, o direito a uma avaliação não discriminante (Silva, 2009).

Segundo Ainscow (1995) a *Public Law* 94-142 de 1975 foi concebida para corrigir a negação de facto dos direitos da pessoa com deficiência à educação. Gaspar (1995) refere-nos que a característica fundamental do atendimento era a exigência de que a totalidade das escolas estatais proporcionassem às crianças em idade escolar a educação adequada, independentemente da natureza da deficiência. A legislação determinava que o ensino ministrado aos alunos com deficiência tivesse lugar num ambiente que fosse o menos restritivo possível, o que para a grande maioria significava a integração na classe de ensino regular. Correia e Cabral (1999), citando Salvia e Ysseldyke (1981) defendem que a aplicabilidade da *Public Law* 94-142 de 1975 produziu efeitos de longo alcance, pois implicava que fosse garantido que os serviços de educação especial fossem disponibilizados para todas as crianças que deles necessitassem.

Segundo Correia (1999), com a *Public Law* 94-142 de 1975 pretendia-se: a educação pública gratuita para todos os alunos com deficiência; a avaliação feita através de testes adequados à condição do aluno e não discriminatórios; a colocação no meio menos restritivo possível; a elaboração de planos educativos individuais (PEI); a formação de professores e outros técnicos; o desenvolvimento de materiais adequados e o envolvimento parental no processo educativo da criança.

O referido diploma legal define a criação de equipas multidisciplinares que são responsáveis pela identificação, elegibilidade e a implementação de um plano individualizado de intervenção no aluno com NEE. Consagra uma definição abrangente capaz de incluir todos os alunos, mas propõe um conjunto de definições para as crianças com deficiência. Os pais devem ser formalmente informados antes de a escola iniciar qualquer avaliação que possa resultar em propostas de educação especial e devem ser ouvidos antes de serem tomadas decisões psicopedagógicas que impliquem mudanças ambientais (Correia & Cabral, 1999).

Este processo de integração privilegia as práticas educacionais em detrimento da prática clínica, com vista a proporcionar um melhor ambiente de aprendizagem. Esta alteração legislativa vai implicar que os sistemas educativos de todo o mundo melhorem substancialmente os seus serviços de educação, obrigando-os a criar estruturas, de modo a que todas as crianças tenham as mesmas oportunidades educacionais.

A integração tem sido sobretudo promovida pelos legisladores, mas na prática dos professores surgem muitas lacunas resultantes da sua falta de formação que permita

ao professor responder às necessidades destes alunos da forma mais adequada, da necessidade de conciliar a implementação de estratégias/ espaço/ atividades de ensino individualizado ao aluno com deficiência e a capacidade de manter um programa eficaz com o resto da turma, exigindo grandes responsabilidades ao professor do ensino regular (Correia & Cabral, 1999).

O professor do ensino regular assume muitas vezes que a integração é positiva para o aluno com deficiência, devido aos ganhos sociais e autoconceitos mais positivos, mas tem uma visão mais pessimista perante os ganhos académicos devido à sensação de falta de serviços de apoio e à falta de formação adequada (Correia & Cabral, 1999).

O modelo integrativo criou no entanto dois tipos de alunos nas escolas públicas: os alunos com necessidades educativas consideradas normais e os alunos com NEE (Rodrigues, 2001). Segundo o autor, só os alunos com deficiência comprovada tinham condições especiais de acesso ao currículo e atendimento personalizado. Também nas palavras de Rodrigues (2001), a condicionante mais significativa para que a escola tradicional não conseguisse integrar todos os alunos foi o facto de ter existido uma preocupação exaustiva com o apoio ao aluno, não tendo cuidado a intervenção sobre o sistema escolar. Segundo o mesmo autor, na verdade, não é o aluno que precisa de ser mudado, mas é o conceito homogeneizador da escola tradicional (Rodrigues, 2001).

No Reino Unido em 1978, o *Warnock Report Special Education Needs* publica o relatório da comissão de inquérito sobre educação de crianças com deficiência. Neste documento, denominado *Warnock Report* (1978), é utilizado pela primeira vez o termo NEE, que esteve na base da Lei de Educação de 1981, na Grã-Bretanha (Costa, 1997).

Bairrão (1998) considera o *Warnock Report* (1978) como um documento que vai influenciar decisivamente a educação especial. A partir desta publicação encara-se a deficiência como um contínuo de NEE, surgindo uma nova metodologia na identificação e avaliação das crianças com uma descrição detalhada dessas necessidades. A escola passa a ter que dar uma resposta educativa às crianças com NEE, pois têm os mesmos direitos que os seus pares. Os pais têm um papel ativo na avaliação, tomada de decisões e concretização das medidas educativas dos seus filhos. Para Bautista (1997), um aluno só necessita de educação especial se tiver uma dificuldade de aprendizagem que requeira essa medida.

No *Warnock Report* as categorias de deficiência deixam de ter utilidade quando se pretende ajudar e orientar a via educacional das crianças ou dos alunos, devido à

irrelevância que tal procedimento tem para o seu ensino. Segundo Costa (1997), a área educativa passa a estar centralizada no aluno de acordo com o diagnóstico estabelecido e integrada na escola de ensino regular. Assim, Monroy (2003) refere que o processo educativo deve nortear-se segundo duas vertentes: “as características e os estilos de aprendizagem de cada criança (áreas fortes/ áreas fracas); as suas necessidades específicas” (p.46).

Como já referido, o *Warnock Report* representa um vasto grupo de interesses de diferentes classes profissionais: médicos, psicólogos, diretores de escolas especiais, responsáveis pelos serviços sociais, professores universitários e pais de crianças com deficiência (Correia, 2003). Nele, propõe-se a expansão da educação especial, afirmando-se que uma em cada cinco crianças necessita, na sua escolaridade, de uma forma de educação especial. A proposta de abolição das categorias de deficiência, e substituição pelo conceito de NEE, segundo Vieira (1999), tinha a ver com o facto de as mesmas constituírem rótulos que se colocavam nas crianças, marcando-as pela vida fora e não revelavam o problema educativo.

A integração dá sobretudo relevância a apoios educativos diretos a alunos com NEE fora da classe de ensino regular mas, segundo Bautista (1997), nos anos 80 processa-se uma evolução nos conceitos e programas de integração escolar, alterando estas práticas. Aceitou-se a individualidade de cada aluno e passou-se a focar as suas necessidades educativas e o apoio a ser prestado dentro da classe do ensino regular, ainda que centrado num especialista, mas também apoiado por um conjunto de recursos educativos da escola (Correia, 1997).

Em 1997, a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) publica um relatório, que mostra que todos os alunos são capazes de acompanhar parte dos programas do ensino regular e que os resultados obtidos estão diretamente relacionados com a idade da criança, o tipo e grau de deficiência, o currículo e os meios materiais e pedagógicos postos ao serviço dos professores. Pela influência dos trabalhos realizados nas Nações Unidas no âmbito do Ano Internacional dos Deficientes (1981), as crianças com NEE são integradas no sistema educativo geral (Costa, 1997). Skrtic e colaboradores (1996), citado por Correia (2003), referem que uma comunidade educativa deverá possibilitar que os alunos com mais competências e capacidades possam progredir ao seu próprio ritmo, os alunos com progresso mais lento potenciem as suas capacidades aprendendo estratégias, mas também envolvendo-se nos

temas e atividades da sala de aula e que os alunos com dificuldades mais específicas recebam, efetivamente, os apoios de que necessitam.

A escola de ensino regular estava, então, a ser colocada perante um desafio para o qual necessitava de proceder a alterações de funcionamento mobilizando recursos materiais e humanos, tomando, segundo Pereira (1996), iniciativas no âmbito da formação de professores, constituindo esta uma vertente fundamental do processo educativo destes alunos.

A tomada de consciência pública através dos numerosos estudos fez com que os profissionais de educação e os pais das crianças com NEE começassem a questionar a resposta tradicional, ou seja, as classes especiais nas suas diferentes formas. Era necessário fazer qualquer coisa para que numa sociedade democrática se proporcionasse a cada cidadão o direito inabalável de não ser excluído.

### **iii. A Inclusão**

O termo “incluir” começa a surgir, representando um passo mais além do que era possível no processo integrador. Fala-se de incluir porque já não basta que os alunos com NEE estejam integrados, torna-se necessário que estejam juntos com os demais alunos para poderem evoluir numa escola que deve ser de todos e para todos. Para Zabalza (2000) não basta que os alunos estejam na escola de ensino regular, pois devem participar na vida académica e social. São princípios como estes que levam a que a integração comece a diluir-se e surja um termo mais abrangente. Inclusão significa inserir, envolver, fazer parte de, partilhar, aceitar as diferenças, valorizar a diversidade. Incluir está muito para além da mera inserção de alunos com NEE na escola de ensino regular: implica sentido de pertença a um grupo, ter direito a coabitar nos diversos espaços sociais e interagir com todos (Serrano & Correia, 2005; DGIDC, 2008).

O movimento *Regular Education Initiative* (REI) defendido por Will (1986) citado por Lieberman (2003), dá lugar ao princípio da inclusão. O conceito de inclusão insere-se na mudança de paradigma relativamente às NEE. Como já referido, o tradicional conceito baseado no modelo médico é abandonado, passando a realçar-se o modelo social em que assenta. A causa decisiva dos problemas das pessoas com NEE advém da forma como a sociedade os enfrenta.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU; 1948), diz-nos no art.º 26 que

“Todos têm direito à educação.... A educação deve ser direcionada para o completo desenvolvimento da personalidade humana e o fortalecimento do respeito dos direitos humanos e liberdades fundamentais”.

Salientamos ainda, a Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 1989), que determina o direito à não discriminação, ou seja,

“os Estados Partes reconhecem à criança mental e fisicamente deficiente o direito a uma vida plena e decente em condições que garantam a sua dignidade, favoreçam a sua autonomia e facilitem a sua participação ativa na vida da comunidade” (art.º 23).

A inclusão pressupõe para além do acesso físico e social, o acesso académico de forma partilhada com os alunos sem NEE. Mas Correia e Cabral (1999) defendem que o conceito de inclusão deve, no entanto, ser flexível, pois a permanência a tempo inteiro na classe regular de ensino pode não ser a modalidade mais eficaz. Entendem pelo conceito de inclusão a inserção do aluno na turma, onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados às suas características e necessidades. Os serviços educativos incluem tarefas que envolvam a comunidade com vista ao desenvolvimento de aptidões inerentes ao seu quotidiano. O aluno deve ser visto como um todo e não apenas ao nível do seu desempenho académico, apelando a uma escola que perspetive a criança-todo e não só a criança-aluno, ou seja, que respeite os três níveis de desenvolvimento essenciais: académico, sócio emocional e pessoal (Correia, 2003).

Ainda segundo Correia (2003), a inclusão é mais do que um juízo de valor, sendo uma forma de melhorar a qualidade de vida, onde a educação pode desempenhar um papel fundamental ao oferecer as mesmas oportunidades e meios a todos. Trata-se de dar opções, de dar lugar, de oferecer recursos e de melhorar a oferta educativa em função das necessidades de cada indivíduo, sem permitir a exclusão e oferecer como segunda oportunidade a inclusão escolar. Segundo Fernandes, (1999, p.28),

“O princípio da inclusão só pode ter sucesso se, em primeiro lugar, os cidadãos o compreenderem e o aceitarem como um princípio cujas vantagens que a todos beneficia”.

O movimento a favor da inclusão foi fortemente impulsionado pela Conferência Mundial sobre Educação para Todos (EPT), realizada em março de 1990 em Jomtien, Tailândia, que aprovou a Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem. “A Conferência de Jomtien e a declaração

aprovada retomam o espírito, a amplitude e os termos da Declaração Universal dos Direitos Humanos” (Baptista, 2011, p.58). Este movimento sai reforçado, começando a ganhar grandes adeptos por parte dos investigadores, educadores e entidades oficiais em Junho de 1994 com a Conferência Mundial sobre NEE: Acesso e Qualidade, efetuada em Salamanca (UNESCO, 1994), tornando-se esta num marco de mudança da escola integrativa para a escola inclusiva. A conferência adotou a Declaração de Salamanca sobre os princípios, a política e as práticas na área das NEE e um enquadramento da ação. É aqui que o conceito de escola inclusiva sai reforçado, sendo definidos os seus princípios e objetivos:

“O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respetivas comunidades...” (UNESCO, 1994, p.15).

Segundo a UNESCO (2005), “esta Declaração e o Plano para Ação que a acompanha, é, indubitavelmente, o mais significativo documento internacional que algum dia apareceu em educação especial” (p.6), pois ele combate atitudes discriminatórias, ao mesmo tempo que constrói uma sociedade inclusiva obtendo educação para todos.

No Congresso Internacional sobre Educação Especial, realizado no ano de 1995, em Birmingham cria-se um movimento para a educação inclusiva, cujo objetivo se baseia em reestruturar as escolas para responder às necessidades de todas as crianças (Correia, 2003). No Fórum Mundial de Dakar, em 2000 (UNESCO, 2001), foram reforçadas as recomendações defendidas na Conferência Mundial sobre Educação para Todos.

A escola inclusiva foi o grande legado da Declaração de Salamanca, na medida em que questiona todo o sistema de ensino e todos os seus intervenientes, tendo em vista uma escola que responda da melhor forma a todos os alunos na medida em que flexibiliza a resposta educativa de modo a fornecer uma educação básica de qualidade a todos e para todos, sendo solução para o problema da exclusão educacional (UNESCO, 1994, 2003; Clark et al.,1997; Ainscow & Ferreira, 2003; Costa, 2006).

A escola inclusiva promove, segundo Hegarty (1994) citado por Rodrigues e colaboradores (2001, p.19) “o desenvolvimento de uma educação apropriada e de alta qualidade para alunos com NEE na escola de ensino regular”. A educação é tida para todos os alunos com qualquer necessidade especial onde se inclui todos os tipos e graus de dificuldades em seguir o currículo escolar. No entanto, a verdadeira inclusão obriga a grandes mudanças que, segundo Fullan (2001), passam por uma articulação dos diferentes agentes educativos, a gestão da sala de aula, do currículo, do próprio processo de ensino e aprendizagem. Por isso mesmo, pode também originar resistências, medos que inibam a ocorrência dessas mudanças. Mas, para além das resistências naturais face a uma situação de mudança, há a referir as atitudes e crenças dos diferentes agentes educacionais, por vezes, opostas aos princípios que se pretendem implementar (Becker, Roberts & Dumas, 2000; Avramidis & Norwich, 2002; Forlin 2006; Rodrigues 2006), a falta de formação e de competências que facilitem a implementação desses mesmos princípios (Ainscow, 2005; Engelbrecht, 2006; Forlin, 2006) e os constrangimentos curriculares, organizacionais e, mesmo, legais (Dyson & Millward, 2000; Freire & César, 2002; Ainscow, 2005; César & Oliveira, 2005), que constituem verdadeiras barreiras ao desenvolvimento de sistemas inclusivos.

Paradoxalmente, um dos problemas mais apontados para implementação dos ideais inclusivos prende-se com a definição de inclusão pouco precisa, permitindo interpretações variadas e práticas divergentes dos princípios. Esta imprecisão manifesta-se a diferentes níveis do sistema educativo: quer a nível das escolas e dos diferentes agentes educativos responsáveis pela implementação das novas políticas (Dyson & Millward, 2000; Avramidis, Bayliss & Burden, 2002; Evans & Lunt, 2002), quer a nível dos próprios discursos políticos (Vislie, 2003; Engelbrecht, 2006). Mas é essencial, em qualquer processo de mudança, explicitar os seus princípios norteadores (Fullan, 2001), entendendo-se que a inclusão é mudança. Torna-se, deste modo, premente explicitar de uma forma clara e articulada os princípios inclusivos (UNESCO, 2003; FEEL, 2006), caso contrário, há o perigo de se cair numa situação de tomada de medidas avulsas e circunstanciais. Ainda, na opinião de Duarte (1998), fomentar a escola inclusiva não é tarefa fácil pois visa uma mudança profunda, não só nas estruturas pedagógicas já concebidas, como também a nível cultural. A escola dita tradicional orienta-se para uma organização rígida e com fins determinados, de forma que há uma dificuldade explícita na adaptação às novas circunstâncias que a inclusão visa, pois a diversidade em

oposição à homogeneidade é o principal marco desta realidade, o que, conseqüentemente, leva a que haja uma mudança radical no que respeita às atitudes dos profissionais e da sociedade em geral, à formação dos mesmos e à criação de um clima de colaboração entre todos no sentido de poder responder adequadamente às necessidades de todos os alunos (Martins, 2001; Correia, 2003).

Segundo Barroso (2003), o conceito de escola inclusiva não é compatível com o tipo de escola que oferece a todos as mesmas respostas educativas. A escola inclusiva procura “promover a cultura de escola e de sala de aula que adote a diversidade como lema e que tenha como objetivo primeiro o desenvolvimento global dos alunos” (Correia, 2003, p.125). Ainda Correia (2003), reforça que uma escola inclusiva é uma escola onde todos os alunos são respeitados e encorajados a aprender até ao limite das suas capacidades. Segundo Ainscow e Ferreira (2003), a definição de escola inclusiva é abrangente e complexa pois assenta numa nova forma de perspetivar a educação, podendo ser entendida como um movimento de mudança que responde à diversidade humana. Para Lima-Rodrigues e colaboradores (2007), a conceção de escola inclusiva é aquela que assume que todos os alunos aprendem juntos e têm direito à educação, independentemente das suas dificuldades e diferenças. A inclusão não traduz tratamento igual para todos, anulando as diferenças, mas sim o atender às características de cada um, porque o esforço de normalizar uma criança pode ser tão ou mais violento que a exclusão (Lima, 2007).

Uma escola inclusiva deve ter presente um conjunto de pressupostos capazes de promover o sucesso de todos os seus alunos, que segundo o *Working Forum on Inclusive Schools* (1994) citado por Correia (2003, p.30), são os seguintes:

“Um sentido de comunidade e de responsabilidade, uma liderança crente e eficaz, padrões de qualidade elevados, colaboração e cooperação, mudança de papéis por parte de educadores, professores e demais profissionais de educação, disponibilidade de serviços, criação de parcerias, designadamente com os pais, ambientes de aprendizagem flexíveis, estratégias de aprendizagem baseadas na investigação, novas formas de avaliação, desenvolvimento profissional continuado e participação total.”

O direito à inclusão sucede como um princípio fundamental intrínseco ao exercício da cidadania, promovendo a coesão e o desenvolvimento da sociedade (Reis & André, 2004). Para fomentar os processos de inclusão serão necessárias formações,

espaços a transformar, recursos a adquirir, vontades a mobilizar e o estabelecimento de parcerias.

O ensino inclusivo faz sentido, é um direito básico, não é algo que alguém tenha que conquistar (Stainback, 1999). Ainda, segundo o mesmo autor,

“quando as escolas incluem os alunos, a igualdade é respeitada e promovida como um valor na sociedade, com os resultados visíveis da paz social e da cooperação” (1999, p.27).

## **2. Conceito de Educação Especial**

É por volta do final dos anos 70 que começaram a delinear-se novas representações da sociedade encarando de outro modo a pessoa diferente (Sanches, 2005). É nesta altura que o conceito de educação especial sofre uma evolução e começa a ser definido como um conjunto de adaptações e apoios que o sistema educativo regular necessita de possuir para ajudar os alunos no seu processo de ensino e aprendizagem (Rodrigues & Nogueira, 2011).

Desde então, a educação especial tem sido objeto de grandes estudos teóricos e práticos à medida que se foram registando consideráveis progressos no que concerne às atitudes da sociedade em relação à pessoa com dificuldades pois, segundo Bautista (1997), a educação especial poderá ser entendida como um estudo especializado da educação, sobretudo quando ele diz respeito a pessoas com dificuldades extremas por excesso ou por defeito.

Ainda Moltó (2005, p.110), define a educação especial como “o estudo das diferenças e semelhanças, o estudo científico da educação das pessoas que pelas suas capacidades ou condições pessoais e ambientais precisam de ajudas e serviços adicionais do que necessitam a maioria para se desenvolver plenamente”. Segundo Reis e colaboradores (1999, p.48), “a educação especial é a combinação de currículo, ensino, apoio e condições de aprendizagem, necessárias para satisfazer as necessidades educativas especiais do aluno, de maneira adequada e eficaz”, devendo esta estar focada na resposta educativa adequada às necessidades dos alunos, para que estes possam desenvolver ao máximo as suas possibilidades. Nesta perspetiva, a educação especial pode ser entendida como um serviço de apoio à educação geral, que estuda de maneira global e inclusiva os processos de ensino e aprendizagem, definindo os apoios

necessários com o fim de lograr o máximo desenvolvimento pessoal e social das pessoas em idade escolar (Monroy, 2003).

O conceito de educação especial esteve sempre associado à diferença, quer das pessoas, das atitudes e dos métodos utilizados. O termo tem sido vulgarmente utilizado para designar uma atividade educativa diferente da exercida no sistema educativo geral ou normal, “configura-se como a modalidade educativa dedicada àquelas pessoas que não podem seguir transitoriamente ou permanentemente o sistema educativo em condições normais” (Lopes, 1997, p.34).

A este propósito Lopes (1997, p.34) refere-nos que, a educação especial

“é um processo integrador, flexível e dinâmico nas orientações, atividades e atenções, que na sua aplicação individualizada compreende os diferentes níveis e graus nas suas respetivas modalidades e que, os alunos são encaminhados a conseguir a integração social”.

Reconhecido isto, a modalidade de educação especial, atribuída às crianças e jovens com NEE, em consequência de deficiência, viria a alterar-se com o parecer n.º3/99 do Conselho Nacional de Educação, perante o conceito mais vasto de NEE, que não se circunscreve a essas situações, antes se alarga a todos os tipos de dificuldades de aprendizagem. Atualmente, a educação especial deve ser vista como

“um conjunto de recursos humanos e materiais postos à disposição do sistema educativo, para que este possa responder adequadamente às necessidades que, de forma transitória ou permanente, possam apresentar alguns dos alunos” (Bautista, 1997, p.10).

Esta nova conceptualização da educação especial significa “uma resposta à diversidade em todas as suas formas e cria um sistema educativo que se adapte a todos” (Strubbs, 2008, p.24).

### **i. Contextualização Histórica e Legislativa da Educação Especial em Portugal**

Como em quase todos os países europeus, a área da educação especial tem sofrido em Portugal modificações rápidas e profundas que têm alterado a natureza desta área que, durante muitos anos, esteve conotada com uma perspectiva assistencial e caritativa (Rodrigues & Nogueira, 2011). Segundo Fernandes (2004), data de 1822 as primeiras medidas conhecidas de atendimento a crianças com deficiência, com a criação no reinado de D. João VI, por Freitas Rego de um primeiro Instituto de Surdos Mudos e Cegos. Em 1916, destaca-se a criação de um Instituto designado por Instituto Médico-

Pedagógico da Casa Pia de Lisboa no trabalho e educação de alunos cegos e surdos, dirigido pelo Dr. António Aurélio da Costa Ferreira que, na qualidade de provedor da mesma, organizou o Curso de Especialização de Professores Surdos. Em 1923, João Camoesas, aquando da sua passagem pelo Ministério da Instrução Publica submete à aprovação da Câmara dos Deputados uma proposta de Lei, ainda publicada em Diário da Republica com o n.º 151 (II Série) de 2 de julho 1923, com a qual se pretendia a reorganização da educação nacional com o nome de Projeto Camoesas. Este projeto estava densamente fundamentado no seu preâmbulo e estruturado em vinte e quatro bases nas quais não deixou de ser considerada a educação especial (Bandeira, 2003).

Em Portugal, foi em 1941, que se deu um impulso significativo na educação de alunos com deficiência com a criação de um Curso para Professores de Educação Especial, em Lisboa. Paralelamente criaram-se nalgumas escolas classes especiais que acolhiam alunos com vários tipos de deficiência e dificuldades escolares, surgindo em simultâneo nos anos 60, associações que procuravam dar atendimento a diferentes tipos de dificuldades: intelectual, paralisia cerebral, surdez e outras (Rodrigues & Nogueira, 2011). Estas associações surgem face à insuficiência de respostas do Ministério da Educação para o apoio às crianças com deficiência. Foi um movimento de pais que esteve na base da criação destas Instituições Particulares sem fins lucrativos, organizadas por tipos de deficiência (DGIDC, 2006).

O início das experiências de integração nas estruturas regulares de ensino, possibilitadas pela reforma do sistema educativo em 1973, foi realizado pelo então Ministro da Educação, Veiga Simão. Esta reforma consistia na divisão do ensino especial e na criação de mais classes do ensino regular através da lei n.º 5/73, de 25 de julho. Esta reforma, aliada às transformações surgidas após o 25 de Abril de 1974 e à Constituição de 1976, constituem algumas das linhas orientadoras das bases legais que regem a educação especial em Portugal, desenvolvendo-se uma política de educação integrativa com a constituição de Equipas de Ensino Especial, com professores itinerantes (Costa, 1999; Rodrigues, 1999).

A Constituição da República de 1976, nos art.º 71.º e 74.º, estabelece que o ensino básico será universal, obrigatório e gratuito; todos os cidadãos têm direito ao ensino e ao acesso aos seus graus mais elevados. Cada cidadão terá direito à educação e à cultura com direito à igualdade de oportunidades de acesso e êxito escolar. Determinações estas, que desenvolveram a consciência da necessidade de alterações

profundas na educação especial e que levaram à publicação do Decreto-Lei n.º 174/77, de 2 de maio e da Lei n.º 66/79, de 30 de março, que definem os princípios orientadores da educação especial, quer nos objetivos que deve prosseguir, quer na organização estrutural que lhe deve servir de suporte. Esta Lei remetia para regulamentações subsequentes à concretização dos princípios e à organização da educação especial, o que não tendo acontecido, a torna completamente ineficaz, disseminando-se pelo país uma rede paralela de instituições organizadas como Cooperativas de Educação e Reabilitação (CERCIS), tentando dar resposta pedagógica e social aos utentes.

A publicação da Lei de Bases n.º 46/86, de 14 de outubro, estabelece o quadro geral do Sistema Educativo (LBSE), definindo-o como um conjunto de meios pelos quais se concretiza o direito à Educação, muito especialmente os seus art.º 17.º e 18.º. A LBSE veio esclarecer um quadro de referências, integrando definitivamente a educação especial no sistema regular de ensino. Os seus princípios gerais e organizativos, assim como os objetivos que define para o ensino básico, fundamentam-se claramente numa “filosofia de educação que preconiza a democracia, a liberdade, a igualdade, a autonomia e a solidariedade” (Madureira & Leite, 2003, p.30). Com esta lei, a escolaridade obrigatória passa a ser de nove anos. Em relação à educação especial surge aqui a preocupação de assegurar às crianças com NEE, condições adequadas ao seu desenvolvimento, passando a ter o direito de frequentar os estabelecimentos regulares de ensino.

Seguiu-se o Despacho Conjunto n.º 36/SEAM/SERE/88, de 29 de março, que define a criação das equipas de educação especial e a Lei n.º 9/89, de 2 de maio, que assenta na prevenção, reabilitação e integração dos cidadãos com NEE.

Os anos noventa trazem novas alterações no que respeita à estrutura e organização da educação especial. O ponto n.º 5 do art.º 3.º da Declaração Mundial sobre a Educação para Todos, de 9 de março de 1990, determina a necessidade de se criarem medidas destinadas a assegurar a igualdade de oportunidades de acesso à educação a todos os alunos com deficiência.

A resolução tomada pelos Ministros dos países da Comunidade Europeia, em 31 de março de 1990, que tem como objetivo a intensificação das medidas tendentes à integração das pessoas com deficiência no sistema regular de ensino, constitui as linhas orientadoras da política de educação especial do nosso país e nelas se baseiam as medidas consignadas pelo Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto que veio revogar o

Decreto-Lei n.º 174/77, de 2 de maio e o Decreto-Lei n.º 84/78, de 8 de agosto, que tem como finalidade a operacionalização das orientações atrás referidas, apresentando um conjunto de procedimentos que permitem a sua concretização.

O Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto tem como objetivos fundamentais as determinações do art.º 59.º da LBSE ou seja: “fomentar uma igualdade de igualdades educativas a todas as crianças deficientes; permitir que as NEE correspondam, no âmbito das escolas regulares a intervenções específicas adequadas”. Na opinião de Correia (1999) este Decreto-Lei “vem preencher uma lacuna legislativa, há muito sentida, no âmbito da educação especial, atualizando, alargando e precisando o seu campo de ação” (p.29). O Despacho n.º 173/ME/91, de 23 de outubro, que conjuntamente o regulamenta, constitui um fator importante na evolução da perspetiva da integração escolar, muito embora não solucione muitos dos problemas com que esta mesma integração se debate. Este Despacho vem apresentar alguns aspetos inovadores em relação ao Decreto-Lei n.º 174/77, de 2 de maio, que revogou, tais como: o direito dos alunos com NEE a uma educação baseado em critérios pedagógicos, uma escola integradora onde se consagrasse a individualização da intervenção educativa através da elaboração do Programa Educativo (PE) e do Programa Educativo Individual (PEI), a implementação de currículos (escolares próprios e alternativos), a flexibilização da avaliação, o reconhecimento da importância do envolvimento dos pais na orientação educativa dos filhos, assim como a necessidade de um trabalho de todos os intervenientes no processo educativo (Rodrigues & Nogueira, 2011).

De acordo com Correia (1999), o Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto, defende o princípio de que a educação destes alunos se deve processar num ambiente menos restritivo possível, surgindo progressivamente a necessidade emergente da construção de uma escola inclusiva, baseada nas recomendações contidas nos documentos internacionais anteriormente referidos: Declaração Mundial de Educação para Todos (Jomtien, 1990), na Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) e na Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social realizada em Copenhaga (ONU, 1995).

O Despacho Conjunto n.º 105/97 de 1 de julho entra em vigor, dando corpo a uma política educativa mais inclusiva, “uma orientação claramente inclusiva para a educação portuguesa” (Rodrigues, 2003, p.90), com a criação de Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos (ECAE) a fim de colaborar com as escolas e docentes de apoio

educativo. Estas equipas promoviam a articulação entre as escolas, colaboravam e apoiavam os órgãos de gestão e de coordenação pedagógica, fazendo a gestão pedagógica dos recursos especializados de apoio educativo. Ainda neste documento, sai reforçada a necessidade de diferenciação curricular, atendendo as necessidades e características de cada um e englobando simultaneamente a educação regular e a educação especial, apresentando como princípio fundamental o atendimento de todos os alunos na classe que apresentassem dificuldades (Rodrigues & Nogueira, 2011). Este Despacho Conjunto, consideram Bairrão e colaboradores (1998), deu um salto qualitativo no que se refere à escolaridade dos alunos com NEE e na diversificação de práticas pedagógicas, assentando num novo método conceptual e organizativo, reconhecendo “as necessidades da escola e dos professores de ensino regular e da responsabilidade face aos alunos com NEE” (p.60). Com este Despacho inova-se também, com a criação da figura do professor de apoio educativo para os alunos com NEE.

A legislação publicada ao longo do século XX criou condições para o caminho da inclusão mas também perspetivou uma ampla reforma do sistema educacional e uma melhoria da qualidade educativa (Pereira, 2004).

Contudo, Rodrigues (2000) diz que não basta um conjunto de documentos legais ou uma nova denominação mas sim “um novo paradigma de escola organizado em conformidade com um conjunto de valores de respeito, solidariedade e qualidade para todos os alunos” (p.13).

É já no início do século XXI que o Ministério da Educação prepara uma nova forma de atuação para a educação especial, contextualizando alguns dos princípios como escola inclusiva, assente em valores de igualdade e pluralidade. Na reorganização da educação especial adota como referencial teórico a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF OMS, 2001), com objetivo de identificar as NEE dos alunos, utilizando-a como modelo de avaliação sistémico e ecológico para uma caracterização dinâmica do aluno e da sua funcionalidade.

O enquadramento para a educação especial, apresenta-se disperso por vários diplomas legais, os Despachos n.º 2-1 (SEAE/03) de 29 de março e n.º 8113-A/04 de 22 de abril, pelo que no âmbito da Reorganização Curricular para o Ensino Básico implementada em Portugal no ano de 2001 é publicado o Decreto-Lei n.º 6/01 de 18 de agosto. Este Decreto-Lei apresentou como algo de novo a denominação de NEE de carácter permanente e continha três grandes princípios: a diferenciação pedagógica, a

adequação de estratégias diversificadas e uma flexibilização dos percursos de cada aluno. Foi considerado como uma porta aberta para uma nova legislação em relação à educação especial. Em 2005, o Despacho Conjunto n.º 105/97 de 1 de julho sofre uma reformulação com a publicação do Despacho n.º 10856/05 de 13 de maio, que, segundo Rodrigues (2007, p.45) “é referida como função principal dos recursos e apoios educativos especializados, a construção de uma escola inclusiva, promovendo a inclusão socioeducativa dos alunos com NEE”.

No ano de 2006, com o Decreto-Lei n.º 20/06 de 31 de janeiro, introduziram-se novas regras nos concursos para a educação especial, criando um quadro próprio para este grupo. Professores especializados irão estar no terreno para poder dar uma resposta adequada a todas as crianças com NEE.

Após consulta pública, o Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto, foi revogado pelo Decreto- Lei n.º 3/08 de 7 de janeiro, com as alterações efetuadas pela Lei n.º 21/08, de 12 de maio. Este diploma define os novos princípios da política educativa nacional, fazendo o enquadramento legal da educação especial. Centraliza num único diploma, diplomas dispersos, criando e definindo um conjunto de pressupostos de natureza conceptual e organizacional que consagram como determinante a construção de uma escola de qualidade assente num modelo democrático e inclusivo, para todos os alunos com NEE de carácter permanente.

Segundo a DGIDC (2008), no campo das NEE no nosso país, durante algum tempo laborou-se num erro conceptual que representou consequências nefastas para a qualidade da resposta educativa, concebeu-se a exclusão como um problema individual de natureza essencialista e monolítico, querendo isto dizer que as dificuldades na aprendizagem eram tratadas no mesmo quadro institucional e político. Os primeiros objetivos do Decreto- Lei n.º 3/08, de 7 de janeiro, foram a reorganização da educação especial e a clarificação dos destinatários desta resposta.

De acordo com Serra (2008), um dos aspetos positivos desta legislação em vigor é permitir somente a elegibilidade para a educação especial de alunos com grave comprometimento da aprendizagem. Foram criadas escolas de referência e unidades de autismo e multideficiência para que houvesse uma resposta educativa de qualidade para todos os alunos. A população alvo desta nova conceção de educação especial são os alunos com limitações significativas a vários níveis: atividade e participação num ou vários domínios da vida que resultaram de alterações funcionais ou estruturais de

carácter permanente levando a dificuldades continuadas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente (DGIDC, 2008). Segundo Pereira (2008), são alunos com uma etiologia biológica inata ou congénita que, detetados precocemente, necessitam de uma intervenção significativa ou serviços de reabilitação. Correia (1999) define este grupo como sendo as crianças e adolescentes cujas alterações significativas do seu desenvolvimento poderão ter tido como causa problemas orgânicos, funcionais e ainda por défices socioculturais e económicos.

Ainda Serra (2008) enumera outros sinais positivos deste Decreto-Lei, nomeadamente o alargamento das fontes de referência dos alunos com NEE, a avaliação compreensiva, a elaboração do PEI, a definição de medidas educativas adaptadas à especificidade de cada aluno incluindo equipamentos, adaptações curriculares, condições específicas de avaliação, reforço pedagógico e a elaboração de um Plano Individual de Transição (PIT). Considera Serra (2008) ser um sinal de inclusão o facto de o Decreto-Lei n.º 3/08, de 7 de janeiro, inviabilizar o encaminhamento das crianças com NEE de carácter permanente para escolas de educação especial, sendo estas convertidas em Centros de Recursos para a Inclusão (CRI), tornando-se importantes em relação à cooperação e parceria, com o fim de responder às escolas ao nível das terapias, atividades de apoio e preparação prática para a participação na vida pós escolar.

Ainda na perspetiva de Serra (2008), outra inovação do citado Decreto-Lei, tem a ver com a avaliação dos alunos, que deve ser feita obrigatoriamente por referência à CIF/ CIF-CJ (OMS, 2001). Rodrigues e Nogueira (2011), referem-nos, como aspetos importantes deste quadro legislativo, a regulamentação da necessidade de normalização dos instrumentos de certificação de estudos, contendo as medidas aplicadas ao aluno, definindo o papel dos encarregados de educação, reforçando a sua participação e poder de decisão na referência, avaliação e planificação, implicando a atuação de equipas pluridisciplinares nos processos dos alunos com NEE.

A publicação da Lei n.º 85/09 de 27 de agosto acrescenta uma alteração significativa para a organização da escola estando implícitas reformulações significativas, tais como o alargamento da escolaridade mínima obrigatória, pois nesta Lei no art.º 2.º, ponto 1 “... considera-se em idade escolar as crianças e jovens em idades

compreendidas entre os 6 e os 18 anos” e no ponto número 2 refere que “... é também aplicável aos alunos abrangidos pelo disposto no Decreto-Lei n.º 3/08 ...”.

Clarificando e prestando informação adicional relativa ao processo de avaliação estabelecido no Decreto-Lei n.º 3/08, de 7 de janeiro, o Despacho Normativo n.º 6/10, de 19 de fevereiro, veio regular o processo de avaliação dos alunos com NEE. Este normativo reforça o exposto na Lei n.º 85/09, de 27 de agosto mostrando necessário adequar a legislação em vigor, de forma que, através das diversas modalidades da educação escolar ou de outras ofertas formativas, seja permitida aos alunos dos vários ciclos a conclusão e certificação de um nível de ensino que permita a sua inclusão na vida pós-escolar (DGIDC, 2010).

Com este enquadramento legal, é urgente repensar como preparar a transição dos alunos que apresentam NEE de carácter permanente para o ensino secundário, assegurando a diferenciação das respostas a disponibilizar pelas escolas de acordo com os diferentes perfis de funcionalidade. A transição do terceiro ciclo para o ensino secundário é apenas uma das transições que os alunos têm de fazer no seu trajeto para a vida Pós-Escolar.

## **ii. Necessidades Educativas Especiais**

O conceito de NEE foi um importante aspeto para a evolução das perspetivas educacionais dos alunos com dificuldades no seu percurso académico, significando um avanço qualitativo importante, dado que uma classificação baseada nestas necessidades aparece como uma estrutura conceptual do ensino, o que pressupõe um abandono das classificações por categorias dos modelos psicométricos (Perrenoud, 1997). Este novo conceito, de acordo com Booth e Ainscow (2000), refere-se a três tipos de necessidades: a necessidade de um método de ensino especializado para que o aluno tenha acesso ao currículo normal; a necessidade de um currículo modificado e adaptado às possibilidades do aluno e ainda a necessidade de dar uma especial atenção à estrutura social e ao clima emocional na qual a educação decorre. Na opinião de Cónego (1999), estes três tipos de necessidades educativas especiais, não correspondem a agrupamentos de alunos, mas sim aos meios e estratégias de apoio à educação para que se possam vencer as dificuldades escolares desse conjunto tão vasto de alunos.

Podemos assim afirmar que o conceito de NEE não está ligado às patologias, mas sim às diferentes necessidades de atendimento e intervenção educativa, não só em termos escolares mas em relação a todos que de alguma forma participam na educação da criança (Correia, 2008), ou seja, a uma equipa constituída por médicos, psicólogos, pais e professores (Serra, 2008). Na opinião de Correia (2008), este conceito de NEE remete para a existência de um contínuo de serviços educativos para crianças e jovens no meio menos restritivo, apelando à colocação destes alunos tendo em consideração as suas características e necessidades concretas, num ambiente o mais normal possível. Pretende-se assim que os alunos com NEE encontrem na escola uma variedade de respostas educativas que correspondam às suas problemáticas específicas (DGEBS, 1992).

Segundo Brennan (1988), citado por Correia (2008), há uma NEE quando um problema físico, sensorial, emocional, social ou qualquer combinação destas problemáticas afeta a aprendizagem ao ponto de serem necessários acessos especiais ao currículo, ao currículo especial ou modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno possa receber uma educação apropriada. Este conceito consubstancia o preconizado no *Warnock Report* (1978), que, ao referir-se às NEE, dá ênfase ao tipo e grau de problemas de aprendizagem, classificando-as de ligeiras e severas, muitas vezes de carácter permanente. Em 1981, o *Education Act* em Londres apresenta a ideia de que se considera que uma criança tem NEE quando necessita dos serviços da educação especial. Na opinião de Bautista (1997), a educação especial não é concebida como a educação de um tipo de alunos, mas sim um recurso humano do qual dispõe o sistema educativo para responder as necessidades que de forma transitória ou permanente possam apresentar alguns alunos, estando o conceito de NEE relacionado com as ajudas pedagógicas que determinados alunos possam precisar ao longo da escolarização a fim de atingirem um maior crescimento pessoal, educacional e social.

Ainda, segundo Correia (2008), um aluno com NEE é aquele que apresenta algum problema de aprendizagem no decorrer da sua escolarização, o que vai exigir uma atenção específica e maiores recursos educativos do que os utilizados com os companheiros da mesma idade. Deste modo, o termo NEE compreende, todas as crianças ou adolescentes com aprendizagens atípicas que não conseguem acompanhar o currículo normal sendo necessário recorrer a adaptações curriculares, mais ou menos

elaboradas de acordo com a problemática da criança ou do adolescente em causa, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socioemocional (Correia, 2008).

O conceito de NEE é retomado na Declaração de Salamanca (1994) e redefinido como abrangente de todas as crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiência ou dificuldades escolares e, conseqüentemente, precisam de respostas diferenciadas num determinado momento da sua escolaridade, incluindo nesta definição as

“crianças com deficiência ou sobredotadas, crianças da 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 marginais” (UNESCO, 1994, p.6).

Os Decretos-Lei n.ºs 6/01 e 7/01, de 18 de agosto, definem NEE como uma incapacidade ou conjunto de incapacidades que têm reflexo numa ou mais áreas de realização de aprendizagens resultantes de deficiências de ordem sensorial, motor ou mental, de perturbações da fala e da linguagem, perturbações graves do comportamento ou da personalidade ou graves problemas de saúde (Silva, 2009). Na perspetiva de Madureira e colaboradores (2003), as NEE definem-se a partir de situações em que as dificuldades de aprendizagem são evidentes, devendo aceder ao currículo oferecido pela escola com atendimento especializado de acordo com as necessidades e características de cada um. De acordo com Pereira (2004), as aprendizagens em ambientes ativos modificam a definição operacional de NEE, mencionando que o modelo que concebe o desenvolvimento humano numa perspetiva holística tem vários níveis de funcionamento (biológico, cognitivo e comportamental), sempre em referência aos seus contextos de vida. Estas definições inserem-se num modelo mais dinâmico de interação pessoa/ambiente.

No entanto, não se pode esquecer que se o conceito de NEE acarreta uma mudança na perspetiva da construção da resposta adequada a cada situação específica, pois tem que ser ao seu ritmo e estilo de aprendizagem, urge que a escola esteja preparada para uma resposta eficaz a esses alunos e à sua problemática.

Com a revogação do Decreto- Lei n.º 319/91, de 23 de agosto, que introduziu em Portugal o conceito de NEE, substituindo a categorização de foro clínico até então utilizada, surge uma nova conceção, que embora não seja clara, define que resultam

“de limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas” Decreto-Lei n.º 3/08, de 7 de janeiro (art.º1, capítulo 1).

Santos (2008) diz-nos que as limitações podem ser de diversos níveis: da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social, dando lugar à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial.

### **iii. Tipologia de Necessidades Educativas Especiais**

Na opinião de Correia (1999), quando as crianças e adolescentes revelam ritmos de aprendizagem diferentes do comum, torna-se necessário efetuar adaptações curriculares, cujo grau de modificação é variável em função da problemática em questão, podendo-se assim classificar as NEE. Correia (2008) distingue dois grandes grupos nas NEE, as significativas e as ligeiras, também denominadas por Correia (1999) como permanentes e temporárias.

Correia (1999, 2008) denomina como NEE significativas/ permanentes, aquelas cuja adequação/ adaptação do currículo é generalizada, adaptando-as às características do aluno e tendo de ser objeto de uma avaliação sistemática, dinâmica e sequencial, tendo como referencial os progressos do aluno no seu percurso escolar. Incluem-se neste grupo crianças e adolescentes cujas alterações ao seu desenvolvimento foram provocadas por problemas de natureza orgânico funcional e ainda por défices socioculturais e económicos graves, abrangendo portanto, problemas do foro sensorial, intelectual, processológico, físico, emocional e outros problemas ligados à saúde do indivíduo. Nas NEE de carácter intelectual encontram-se principalmente os alunos com problemas acentuados no seu funcionamento intelectual e comportamento adaptativo; nas NEE de carácter processológico, alunos que têm problemas relacionados com a receção, organização e expressão de informação, sendo geralmente designados por alunos com dificuldades de aprendizagem específicas. Esta categoria apresenta-se de difícil definição, mas segundo Correia (2008, p.47), “ela caracteriza-se, em geral, por uma discrepância acentuada entre o potencial estimado do indivíduo (inteligência na média ou acima da média) e a sua realização escolar que é abaixo da média numa ou mais áreas académicas. Segundo Correia (2008), as NEE de carácter emocional enquadram os alunos com problemas emocionais e comportamentos desapropriados que

levam à interrupção dos ambientes em que estão inseridos. As NEE de carácter físico e de saúde englobam todas as crianças cujas capacidades físicas foram alteradas por eventual problema de origem orgânica ou ambiental, provocando incapacidades do tipo manual e/ou mobilidade, sendo as categorias mais comuns deste grupo a paralisia cerebral, a espinha bífida e distrofia muscular, podendo-se encontrar crianças com outros problemas, tais como, respiratórios, amputações, poliomielite e acidentes que venham a afetar os movimentos de um indivíduo. As NEE de carácter sensorial incluem os alunos cujas capacidades visuais ou auditivas estão afetadas.

As NEE ligeiras (temporárias) “são aquelas em que a adaptação do currículo escolar é parcial e se realiza de acordo com as características do aluno, num certo momento do seu percurso escolar” (Correia, 2008, p.46). Estas necessidades podem manifestar-se como problemas ligeiros de leitura, escrita ou cálculo ou como problemas ligeiros, atrasos ou perturbações menos graves ao nível do desenvolvimento motor, perceptivo, linguístico ou socioemocional.

Com um enquadramento conceptual próximo, Simeonsson (1994), citada pela DGIDC (2008), considera útil a distinção entre as NEE de baixa-frequência e alta-intensidade e as de alta-frequência e baixa-intensidade. As de baixa-frequência e alta-intensidade descreve como sendo aquelas que têm uma etiologia biológica, inata ou congénita, que normalmente são detetadas precocemente e que necessitam de um tratamento significativo e serviços de reabilitação e que de acordo com Bairrão e colaboradores (1998), exigem mais recursos e meios adicionais para apoiar as suas necessidades educativas. As NEE de alta-frequência e baixa-intensidade são consideradas aquelas que advêm de problemas sociais e familiares que segundo Bairrão e colaboradores (1998), estes alunos não necessitam de educação especial mas sim uma educação de qualidade e diversificada. Na opinião de Pereira (2004) os objetivos educacionais para as crianças com NEE, especialmente as ligeiras (temporárias), são os mesmos que foram definidos para as outras crianças: melhorar a sua cognição e a sua capacidade de resolução de problemas enquanto sujeitos da aprendizagem.

Sprinthall e Sprinthall (1993) e Correia (1999) indicam alguns pressupostos educativos importantes ao procederem à caracterização do desenvolvimento dos alunos com NEE. Estes alunos desenvolvem-se através da mesma sequência de estádios que os alunos ditos normais, mas em ritmos mais lentos nas áreas de aprendizagem em que apresentam problemas. O seu desenvolvimento depende do mesmo conjunto de

princípios aplicáveis aos outros alunos, isto é, depende da interação com o meio e será favorecido por um ambiente de aprendizagem ativo em que é dada grande ênfase à prática e participação da criança desde os primeiros anos de vida.

### **3. Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção**

#### **i. Conceptualização de Hiperatividade com Déficit de Atenção**

A hiperatividade ou, na designação científica Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA), “não é só um dos mais estudados, como um dos mais controversos distúrbios do desenvolvimento da infância e adolescência” (Lopes, 2004, p.15).

As crianças que hoje são diagnosticadas com comportamentos de PHDA eram antes vistas como “mal-educadas”, “que se portavam mal porque queriam”, “sempre com a cabeça na lua” ou “com mau feitio”. Muitas vezes,

“os pais destas crianças costumam descrevê-las como falando de mais, não sendo capazes de estar quietas, parecendo ter bichos-carpinteiros, e os professores referenciam-nas como estando constantemente fora do lugar sem autorização, respondendo fora da sua vez, fazendo barulhos inapropriados” (Lopes, 2004, p.71).

Contudo, de há uns anos a esta parte, a comunidade científica aceitou a existência de um distúrbio que se inicia na infância e acompanha o indivíduo por toda a sua vida, causando-lhe grandes danos psíquicos, sendo que, e de acordo com Lopes (2004, p. 72), “por vezes estas crianças têm desempenhos inferiores às crianças normais” e experienciam dificuldades significativas no que concerne ao relacionamento interpessoal.

De facto, tanto Rief (2000) como a maior parte dos especialistas neste campo considera que as desordens por déficit de atenção são desordens neurobiológicas caracterizadas, em termos desenvolvimentais, por níveis anormais de desatenção, impulsividade e hiperatividade.

A PHDA é frequentemente descrita pela comunidade médica/científica como uma “perturbação neuro comportamental” (Boavida, 2003) ou “ineficácia neurológica” (Rief, 2000) na área do cérebro que controla os impulsos, avalia os estímulos sensoriais e foca a atenção. Segundo os investigadores, descobriu-se que há um menor grau de atividade nessa área do cérebro.

Segundo Rief (2000), a PHDA é geralmente vista como uma desordem biológica caracterizada por um desequilíbrio químico, ou uma deficiência em certos químicos, chamados neurotransmissores, na área do cérebro responsável pela atenção e pela atividade, bem como pela capacidade de inibir ou controlar comportamentos.

Esta perturbação pode manifestar-se muito precocemente, causando, em regra, mais problemas na escola, contexto em que o controlo da atenção e da atividade são de extrema importância para a aprendizagem académica e a integração social e educativa das crianças (Parker, 2003).

Uma boa parte dos estudos que encontramos sobre hiperatividade limita-se a descrever o distúrbio. Encontram-se também definições, mas estas não parecem manter-se por muito tempo. Assim, podemos dizer que ainda não há uma definição “acabada” sobre hiperatividade, apontando-se como razão principal a complexidade do síndrome e o desacordo existente quanto à sua etiologia e aos problemas específicos que lhe são atribuídos.

A PHDA apresenta características e sintomas muito semelhantes com outro tipo de problemas e, por vezes, podem-se confundir. Por essa razão, o diagnóstico a este distúrbio torna-se bastante complicado de realizar. O diagnóstico diferencial faz com que os intervenientes neste processo excluam as probabilidades de ser outros problemas que se assemelham com a PHDA e cheguem com fidelidade ao problema existente. Segundo Lopes (1998) e Parker (2003), é indispensável para realizar diagnósticos diferenciais válidos, ter conhecimento dos problemas ou distúrbios de desenvolvimento que com maior probabilidade coexistem ou se assemelhem com esta síndrome. Os problemas com características mais semelhantes à hiperatividade são: o Distúrbio de Oposição (DO), o Distúrbio de Conduta (DC) e as Dificuldades de Aprendizagem (DA). Assim deverão ser tidos em conta os critérios de diagnóstico segundo o DSM-IV-TR (2002) para o DO, DC e DA, o que permite, assim, comparar-se com os da PHDA e compreender mais facilmente quais são as suas semelhanças e diferenças.

Barkley (1981, citado por Lopes, 2004, p.102) apresenta a definição mais completa e rigorosa que pudemos encontrar:

“A DHDA é um distúrbio de desenvolvimento do comportamento de: duração da atenção própria da idade, controlo dos impulsos e de comportamento regido por normas (obediência, autocontrolo e resolução de problemas) que surge cedo no desenvolvimento, na segunda ou primeira infância (antes dos 6 anos de idade), é significativamente crónico e subtil de natureza e não é atribuível a deficiência mental, surdez, cegueira, lesão neurológica grande ou a distúrbio emocional grave”.

Thompson Prout e Richard Ingram (1982, cit. por Lopes, 1998) limitam-se a referir que a hiperatividade diz respeito ao comportamento por excesso (nível de atividade) e comportamento por defeito (duração da atenção).

Ross e Ross (1982, cit. por Lopes, 1998) definem a PHDA como um conjunto de distúrbios de comportamento heterogéneos, cujo problema principal é o elevado nível de atividade em ocasiões inapropriadas, não podendo ela ser inibida sob comando. Os distúrbios variam de leves a graves e manifestam-se em todos ou só em alguns dos seguintes comportamentos: hiperatividade, curta duração de atenção, facilidade de distração, impulsividade, labilidade emocional, pouca tolerância de frustrações, agressividade, atitude destrutiva, resultados escolares fracos e relações pouco boas com os colegas.

Assim, a PHDA é uma perturbação concebida como um estado de mobilidade quase permanente, desde as primeiras idades, manifestando-se em todos os campos. Não se trata exclusivamente de uma hiperatividade motora, pode estar associada à hiperatividade verbal e acontece aparecerem perturbações do sono e tendência para a destruição e agressividade. A falta de atenção é outro dos sintomas integrantes e fundamentais da síndrome, bem como a irritabilidade e impulsividade. Assinala também comportamentos repetitivos e um sintoma comportamental que, alguns autores, descrevem com o nome de “desobediência patológica”, entendida como incompreensão de ordens, repetição do erro e incompreensão perante o castigo (Lopes, 2004).

Segundo Bautista (1997), podemos apontar como características fundamentais, as seguintes:

### **A nível comportamental**

1.Hiperactividade, entendida como movimento corporal constante, é a perturbação mais evidente. Esta mobilidade quase permanente é manifestada pela criança desde muito cedo.

Em consequência, pode apresentar: hiperatividade verbal (falar muito, mas sem conseguir manter o fio do discurso); destruição; agressividade.

2.Défice de Atenção e Controlo é outra das características fundamentais da síndrome. Segundo Wender (1989, citado por Bautista, 1997), parece que a criança se vê forçada a reagir perante estímulos, mostrando-se atraída por pormenores irrelevantes e, por falta de capacidade para os organizar hierarquicamente, tem a mesma reação perante

o essencial do que perante o acessório. Paradoxalmente, a criança pode apresentar perseverança, ou seja, incapacidade para desviar a atenção de algo irrelevante, persistindo em atividades verbais, motoras ou visuais.

3. Impulsividade, a criança hiperativa atua sem medir as consequências dos seus atos; dá a impressão que não pode inibir os seus impulsos.

#### **A nível emocional**

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

2. Labilidade afetiva, a criança apresenta, neste caso, uma deficiente autoestima e dificuldade para se relacionar com os colegas.

#### **A nível escolar**

1. Dificuldades de aprendizagem, que podem ser a consequência lógica das características anteriormente mencionadas. Estas dificuldades manifestam-se fundamentalmente na área perceptivo-cognitiva, aritmética, leitura/escrita e memória.

### **ii. Evolução do conceito de Hiperatividade com Déficit de Atenção**

A hiperatividade, apesar de não ser muito divulgada, não é recente. Durante todo o século XX fez-se investigação e estudo para uma melhor compreensão desta síndrome.

Segundo Barkley (2002), as primeiras referências relativas à hiperatividade, designada como DHDA, remontam a 1800.

De acordo com Bender (1942, citado por Lopes, 2004), essas descrições faziam referência à agitação, impulsividade, dificuldades na concentração e atividade motora excessiva em crianças mentalmente atrasadas ou com problemas neurológicos graves. Estes sintomas eram atribuídos a traumas neurológicos específicos, como lesões cerebrais ou doenças como infeção do sistema nervoso central.

Durante as décadas de 30 e 40, os investigadores pensavam que desde que as modificações do comportamento fossem acompanhadas de doença ou trauma neurológico conhecido, qualquer criança que exibisse o conjunto dos sintomas de comportamento

referenciados devia também ter algum problema neurológico (Strauss e Lehtinen, 1947; Werner e Strauss, 1941, citados por Barkley, 2002).

Este argumento ganhou gradualmente aceitação. Tornou-se lugar comum assumir que a criança que revelava hiperatividade sofria de lesão cerebral moderada e difusa ou de anomalias neurológicas, mesmo na ausência de evidência neurológica. Nas décadas de 60 e 70, o conjunto de sintomas de comportamento era muitas vezes designado por disfunção cerebral mínima (Clements e Peters, 1962, citados por Barkley, 2002).

Apesar da ampla aceitação de uma base neurológica da hiperatividade, não existiam provas consistentes para apoiar a conclusão de que esta era a consequência de uma lesão estrutural ou de anomalias no sistema nervoso central.

Rutter (1983, citado por Lopes, 2004) defendeu que muitos dos argumentos relativos ao síndrome de disfunção cerebral mínima eram baseados num raciocínio circular e a hipotética base neurológica da hiperatividade nunca tinha sido demonstrada por evidência empírica.

Para o mesmo autor, apenas uma minoria (menos de 5%) das crianças hiperativas apresentava uma lesão cerebral estrutural; a maioria das crianças que sofria de doenças neurológicas ou lesões cerebrais não desenvolviam comportamentos hiperativos. Ao mesmo tempo as anomalias neurológicas difusas e médias podiam estar associadas a uma variedade de dificuldades emocionais, de aprendizagem e de comportamento.

Shaffer (1985, citado por Lopes, 2004) descobriu que os sinais neurológicos menores estavam mais associados com as perturbações da ansiedade do que com a hiperatividade na adolescência.

A conclusão a retirar destes estudos é a de que a validade de uma síndrome de disfunção cerebral mínima específica caracterizada por problemas de comportamento, como os hiperativos, nunca foi demonstrada.

No início da década de 60, as crianças com este conjunto de comportamentos, que exibissem principalmente problemas de aprendizagem, eram designadas crianças com dificuldades específicas de aprendizagem (Kirk e Bateman, 1962, citados por Lopes, 2004). Ao mesmo tempo, as crianças que revelassem principalmente perturbações da conduta e do comportamento eram designadas hiperativas.

À medida que a insatisfação com a expressão de disfunção cerebral mínima aumentava, surgiu o conceito de “Síndrome hiperativo da criança”, descrito nos trabalhos clássicos de Laufer e Denhoff (1960, citado por Lopes, 2004).

Chess (1960, citado por Barkley, 2002, p.105) definiu hiperatividade do seguinte modo:

“A criança hiperativa é aquela que executa as atividades a um ritmo de velocidade mais elevado do que a criança normal, ou que está constantemente em movimento, ou ambas as coisas.”

Segundo Barkley (2002), a comunicação de Chess foi historicamente significativa por várias razões: enfatizou a atividade da criança como a característica determinante da perturbação; sublinhou a necessidade de considerar os dados objetivos dos sintomas para além das referências subjetivas dos pais ou dos professores; separou o conceito de um síndrome de hiperatividade do conceito de uma síndrome de lesão cerebral e retirou aos pais a “culpabilidade” pelos problemas dos filhos (Barkley, 2002).

Foi então reconhecido que a hiperatividade era uma síndrome comportamental que podia ter origem numa patologia orgânica, mas podia também ocorrer na sua ausência. Mesmo assim, a hiperatividade continuou a ser vista como a consequência de algum problema biológico mais do que o resultado de causas exclusivamente ambientais (Barkley, 2002).

Chess descreveu as características de 36 crianças, diagnosticadas como apresentando “hiperatividade fisiológica”, de um total de 881 crianças observadas na clínica privada. O ratio do sexo masculino em relação ao feminino era de 4:1 e muitas crianças foram mencionadas com menos de 6 anos, apontando, assim, para uma idade relativamente mais precoce do que outras perturbações do comportamento da infância. Dificuldades educativas eram comuns neste grupo, particularmente o baixo rendimento escolar, além de comportamentos de oposição, provocação e fracas relações de camaradagem. Comportamento agressivo, impulsivo e atenção reduzida eram características habitualmente associadas (Barkley, 2002).

Chess acreditava que a hiperatividade podia também estar associada com atraso mental, lesão cerebral orgânica, ou doença mental grave, como esquizofrenia.

No início dos anos 70, desenvolveu-se um desencanto com a incidência exclusiva sobre a hiperatividade como a condição *sine qua non* desta perturbação (Werry e Sprague, 1970, citados por Lopes, 2004).

O contributo de Virgínia Douglas (1972, citada por Barkley, 2002) foi significativo, pois veio a demonstrar que os défices em manter a atenção e o controlo do impulso eram mais responsáveis pelas dificuldades observadas nestas crianças do que a hiperatividade.

Douglas verificou o extremo grau de variabilidade, demonstrado, durante a performance da tarefa levada a cabo por estas crianças, uma característica que foi mais tarde avançada como determinante da perturbação.

Douglas descreveu quatro possíveis défices como responsáveis pelos sintomas de PHDA:

- défices no investimento, organização e manutenção da atenção e esforço;
- incapacidade em inibir as respostas impulsivas;
- incapacidade em regular os níveis de atividade para fazer face às situações;
- predisposição inabitual para procurar reforço imediato.

Estes défices principais interagem com défices secundários, como motivação fraca e dificuldades metacognitivas, contribuindo para um rendimento escolar fraco nas crianças hiperativas, normalmente inteligentes.

A comunicação de Douglas foi tão influente que esteve na origem da perturbação ser redefinida como Perturbação com Défice de Atenção, em 1980, com a publicação do DSM-III. Nesta revisão, os défices na manutenção da atenção e no controle do impulso eram agora formalmente reconhecidos como de maior significado no diagnóstico relativamente à hiperatividade.

Segundo Rutter (1989, citado por Lopes, 2004) o deslocamento da hiperatividade para os défices de atenção como principal dificuldade destas crianças foi útil, visto que a hiperatividade não era específica a esta perturbação e podia ser observada em outras perturbações psiquiátricas, como por exemplo, ansiedade, mania, autismo; não existia uma fronteira clara entre os níveis de atividade normal e anormal; a atividade era de facto um constructo multidimensional e os sintomas de hiperatividade eram bastantes situacionais quanto à natureza em muitas crianças.

Por outro lado, a investigação mostrou que os défices na vigilância ou na manutenção da atenção podiam ser usados para discriminar esta perturbação de outras perturbações psiquiátricas. A década de 80 notabilizou-se pela ênfase nos esforços em desenvolver critérios de diagnóstico mais específicos.

O início deste período foi marcado pela publicação do DSM-III, pela Associação de Psiquiatria Americana (1980), e a sua reconcetualização radical da perturbação em relação ao DSM-II, que incluía a categoria de “Reação Hipercinética da Infância”. A década de 90, foi caracterizada pela publicação do ICD-10 (World Health Organization, 1990) e pelo DSM-IV-TR (2002).

A definição clínica de DHDA mais recente encontra-se no novo DMS-IV-TR (2002), segundo a qual, o DHDA, igualmente denominado Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), entre outras nomenclaturas, é um dos problemas de desenvolvimento da infância e da adolescência sobre o qual se têm debruçado diversos estudiosos, uma vez que este é o transtorno com maior impacto ao nível das salas de aula. O DHDA é um distúrbio neurobiológico que se caracteriza por um inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos por impulsividade e/ou hiperatividade.

Durante muito tempo julgou-se a hiperatividade como a característica principal da PHDA, hoje em dia sabe-se que não é bem assim, existindo, segundo o DSM-IV-TR (2002), três tipos:

- 1) Tipo Predominantemente Desatento: predominância de sintomas de desatenção;
- 2) Tipo Predominantemente Hiperativo - Impulsivo: onde existe um maior número de sintomas de hiperatividade – impulsividade;
- 3) Tipo Combinado: existindo uma combinação entre sintomas de hiperatividade – impulsividade e desatenção.

Segundo Barkley (2002), a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, sobre-atividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância; são de natureza relativamente crónica, e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas da linguagem ou motores, atraso mental ou perturbação emocional grave. Estas dificuldades estão tipicamente associadas com défices de autorregulação, do comportamento e da manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo.

### **iii. Diagnóstico**

O processo de diagnóstico, de acordo com Boavista (2003, p.7), implica não só “determinar se os critérios de diagnóstico estão presentes e se há sinais ou sintomas de qualquer outra perturbação associada como atraso mental, dificuldades específicas de aprendizagem, epilepsia, doenças degenerativas, autismo, doenças metabólicas e endócrinas, etc.”

Assim, para identificar crianças com PHDA, para além da adequação aos critérios de diagnóstico já referidos, este deve basear-se, segundo Rief (2000) no seguinte:

- entrevistas clínicas especiais com pais e a criança;
- questionários e escalas de avaliação a ser preenchidas pelos pais, professores e por quem trabalhe perto da criança;
- historial detalhado da criança a nível de saúde e do seu desenvolvimento;
- exame físico completo para excluir outros problemas de saúde.

Segundo a mesma autora, esta informação deve ser interpretada por clínicos que devem determinar a persistência dos sintomas (em diferentes contextos), num dado período de tempo, e que têm de excluir um conjunto de outras causas possíveis.

No entanto, é preciso ter em conta, tal como nos refere Lopes (2004, p.149), que “a ideia fundamental a ter presente é que os sintomas da DHDA normalmente apresentados como “definidores” do problema são substancialmente voláteis e apresentam variações consideráveis com a idade.”

Assim, a hiperatividade, que é um dos sintomas mais visíveis no decurso da infância e que mais não representa do que uma manifestação inicial de um autocontrolo e de uma inibição comportamental pobres, pode diminuir com a idade, até porque o aumento de peso da criança a isso obriga.

No entanto, os défices de autocontrolo e inibição comportamental tendem a manter-se. Mas, já não irão manifestar-se através de uma atividade motora excessiva, mas sim através de deficiências de memória de trabalho, do discurso interno, da autorregulação, do estabelecimento de objetivos, etc.

Do mesmo modo, a desatenção, que aparentemente aumenta com a idade (na verdade, o que aumenta são as exigências sociais, nomeadamente as escolares, tornando por consequência mais visíveis os défices do sujeito), é apenas um sintoma da incapacidade de estabelecimento de objetivos de médio e longo prazo, pelo que o indivíduo não manifesta a mínima persistência em tarefas longas, enfadonhas ou que não prevejam uma recompensa imediata.

Esta é certamente uma característica que partilham com crianças com dificuldades de aprendizagem escolar. Estas últimas, porém, devem este problema à falta de conhecimentos para lidar com as tarefas escolares, revelando eventualmente uma grande persistência noutra tipo de tarefas cognitivamente menos exigente.

Como defende Lopes (2004, p.148)

“a carência de instrumentos que reflitam as mudanças conceptuais dos últimos anos confere à entrevista clínica uma redobrada importância. Quer os pais, quer os professores, como informantes privilegiados e fiáveis deverão ser inquiridos relativamente à forma como a criança gere e organiza o seu tempo, quanto à sua capacidade de organizar o comportamento ao longo do tempo para atingir objetivos distantes.”

Barkley (2002) evidencia as vantagens deste tipo de procedimento diagnóstico relativamente ao preconizado no DSM-IVTR (2002).

Esta é uma das fases mais importantes neste processo. Desta forma, serão aqui apresentados os critérios de diagnóstico para a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção defendidos pelo DSM-IV- TR (2002) e os seus vários tipos.

### **Crítérios de Diagnóstico para a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, segundo o DSM-IV-TR (2002, pp.92-93)**

A. 1) Ou 2):

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

Falta de atenção

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

(b) com frequência tem dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades;

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

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

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

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

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

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

(i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade persistiram pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

#### Hiperatividade

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

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

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

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

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

(f) com frequência fala em excesso.

#### Impulsividade

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

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

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

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos sete anos de idade.

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

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

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

Apresenta-se, ainda, os subtipos defendidos pelo DSM-IV-TR (2002)

#### **Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, Tipo Misto:**

Este subtipo deverá ser usado se seis (ou mais) sintomas de falta de atenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem pelo menos durante seis meses. Muitas crianças e adolescentes com a perturbação estão incluídos no Tipo Misto. Não se sabe se o mesmo é verdade para adultos com a perturbação (DSM-IV-TR, 2002).

#### **Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, Tipo Predominantemente desatento:**

Este subtipo deverá ser usado se seis (ou mais) sintomas de falta de atenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem pelo menos durante seis meses. A hiperatividade pode ainda ser uma característica clínica significativa em muitos destes casos, enquanto em outros casos são simples faltas de atenção.

#### **Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo:**

Este subtipo deverá ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de falta de atenção) persistem pelo menos durante seis meses. Em tais casos, a falta de atenção pode muitas vezes ser uma característica clínica significativa.

Para que o diagnóstico seja estabelecido, não é necessário que a criança apresente os sintomas em todas as suas atividades. Na maior parte dos casos é na escola,

durante os exercícios escolares, que a criança mostrará o maior número de sintomas. Desta forma, é imprescindível uma avaliação em ambiente escolar.

Segundo Barkley (1990, cit. por Lopes, 1998), o número de critérios necessários ao diagnóstico depende da idade da criança. Como os sintomas da hiperatividade se atenuam com o passar dos anos, o autor propõe que em crianças até aos seis anos se aumente para dez os critérios que devem estar presentes; em crianças dos seis aos doze anos se registem, no mínimo, oito critérios; em crianças com mais de doze anos seriam, então, os seis critérios. É de referir que os critérios previstos eram apenas catorze e para se diagnosticar hiperatividade teriam de se verificar oito desses critérios nas crianças. Ainda Barkley (1990, cit. por Lopes, 1998) sugere que a idade mínima para o início dos sintomas seja até aos seis anos e que a duração mínima dos sintomas seja de pelo menos 12 meses.

Já que os sintomas da PHDA não são manifestados perante todas as pessoas da mesma forma, o mesmo acontece perante os médicos e psicólogos, também porque o tempo que passam no consultório é escasso. Por vezes, durante os primeiros anos da criança é difícil diferenciar e diagnosticar se estamos perante sintomas de PHDA ou comportamentos de crianças ativas. Torna-se também difícil diferenciar comportamentos de crianças oriundas de famílias problemáticas.

Além dos questionários realizados aos pais e professores destas crianças, Lopes (2004) refere, também, que se deve usar a entrevista à criança, aos seus pais e aos seus professores. Esta entrevista deve ser realizada por alguém com formação nesta área (psicólogos, médicos). Caso seja necessário devem-se realizar exames médicos. Ainda é imprescindível que se realize observação direta do comportamento da criança em vários contextos da sua vida. Só depois de se ultrapassarem estas etapas é que se deve tirar as possíveis conclusões. Por si só, nenhum destes instrumentos servirá de medida da PHDA, mas em conjunto serão decisivos para apresentar um diagnóstico real.

#### **iv. Problemas relacionados**

Apesar das características evidenciadas serem as mais comuns e registarem-se em quase cem por cento das crianças com PHDA, estas crianças apresentam também

outros problemas que não lhes são exclusivos, mas que afetam mais as hiperativas do que as ditas normais da mesma idade (Parker, 2003).

### **Perturbação do rendimento escolar**

Mais de 90% das crianças com esta síndrome vêm-se afetadas no seu rendimento escolar que é desproporcionado em relação às capacidades intelectuais. Este sub-rendimento escolar supõe-se estar relacionado com os principais sintomas de desatenção, impulsividade e agitação motora da criança hiperativa no contexto escolar. Os sintomas anteriormente definidos explicam, em parte, esta dificuldade na escola. Contudo, em 25% dos afetados registam-se também dificuldades de aprendizagem. Podem estar relacionados com a leitura, interpretação de enunciados, cálculo mental, o que provocará um atraso acrescido às limitações já evidenciadas (Parker, 2003).

De acordo com o autor citado, realizaram-se estudos durante as décadas de 80 e 90 a crianças com dificuldades de aprendizagem com e sem PHDA. Realizaram-se testes para determinar o Quociente de Inteligência destes dois grupos e verificou-se que as crianças com PHDA apresentavam um Quociente de Inteligência superior às crianças com Dificuldades de Aprendizagem mas sem Hiperatividade. Daqui podemos concluir que os fracos resultados académicos e escolares das crianças hiperativas devem-se aos seus problemas de atenção, impulsividade (bastante punido na sala de aula) e não às suas fracas capacidades intelectuais.

### **Perturbações do comportamento**

Muitas crianças hiperativas mostram problemas graves de comportamento que complicam ainda mais a situação. Em 65% dos casos, esses problemas geram uma reação de oposição/provocação. Essa reação manifesta-se mais nos rapazes do que nas raparigas e está associada às seguintes características: fraca autoestima, fraca tolerância à frustração, dificuldades em estabelecer amizades e maus resultados escolares (Parker, 2003).

### **Imaturidade afetiva**

Mais de metade das crianças com PHDA sofre de uma imaturidade afetiva que se traduz numa reação exagerada em certas situações. Tornam-se muito excitadas e difíceis de controlar. Esta imaturidade conduz, como os outros fatores a uma difícil integração social. Os amigos destas crianças são, regra geral, mais novos do que elas.

Integram-se com mais dificuldade nas atividades sociais (jogos de recreio, festas de aniversário) (Cabral, 2003).

Falardeau (1997, p. 56) refere que quando fala com os alunos e os interroga sobre os seus colegas, os “hiperativos afirmam ter muitos amigos e não sentem dificuldades em viver em grupo”. Eles não se apercebem do problema, o que prova que não é a difícil integração social que mais contribui para diminuir a sua autoconfiança. Parecem sentir-se mais afetados com os fracos rendimentos escolares.

### **Perturbações afetivas e comportamentais**

Os fracassos escolares e a rejeição social de que estes alunos são objeto conduzem, a longo prazo, a uma perda de autoestima, que é considerada como o problema afetivo mais agravante das pessoas que sofrem de PHDA. Por este motivo, é um dos aspetos a vigiar quando chegam à adolescência. Chegados à idade adulta, os hiperativos podem também enfrentar problemas de disfunção sexual. Por todas estas razões, os hiperativos desenvolvem problemas de depressão mais frequentemente que os outros (Cabral, 2003).

### **Integração social**

Como seria de esperar, por todas as razões já enumeradas, estes alunos apresentam mais dificuldades em se integrarem socialmente. “Têm problemas de relacionamento social, de perceção social, de auto imagem e de integração social” (Lopes, 1998, p.74). O mesmo autor considera provável que a impulsividade das crianças hiperativas desempenhe um papel relevante nas suas dificuldades de relacionamento. Como se intrometem sem pensar nos jogos dos colegas ou nos diálogos dos pais, como têm momentos perturbadores, intrusivos, provocatórios e imaturos, acabam por ser muito mais controlados e muitas vezes rejeitados. Esta rejeição faz com que a criança ou o adolescente encare o mundo e a si próprio como agentes negativos, afetando muitos aspetos do seu desenvolvimento moral, social, académico e afetivo (Lopes, 1998). Por todas estas ocorrências, as crianças hiperativas acabam por ter medos e receios de serem humilhadas e conseqüentemente ficam com uma visão negativa da convivência entre os pares. Têm mais problemas no seu trabalho/emprego e são mais evidentes as separações e os divórcios.

É de referir, no entanto, que existem algumas circunstâncias que podem evitar ou diminuir os riscos acima referidos: meio social e economicamente favorável; capacidade intelectual da criança; ausência de perturbações específicas de aprendizagem; acompanhamento e atitude médica e familiar (Lopes, 1998).

### **Distúrbios na fala**

Por tudo aquilo que já foi dito até aqui, estas crianças tendem a falar mais e durante mais tempo do que as crianças ditas normais. Esta situação torna-se incómoda e negativa em vários contextos (na sala de aula, em refeições com amigos dos seus pais), porque na maioria dos casos falar muito significa falar quando não se deve e tratar de assuntos impróprios ou irrelevantes. “Esse discurso é menos elaborado, menos fluente e mais frequentemente acompanhado por défices articulatórios do que nas crianças normais” (Lopes, 1998, p. 74).

### **v. Intervenção na Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção**

Segundo Lopes (2004), não existe cura para a PHDA, uma vez que não se trata de uma doença nem de uma situação patológica. Deste modo, deve lidar-se o melhor possível com a situação e procurar mantê-la dentro dos limites que não sejam gravosos para a criança e para os que com ela convivem.

Neste ponto abordamos a intervenção mais adequada: a medicação (os resultados são mais imediatos), as intervenções psicopedagógicas e as intervenções cognitivo-comportamentais.

Antes de partir para os tratamentos, principalmente os medicamentosos, é muito importante que o diagnóstico e a avaliação tenham sido efetuados por especialistas e que se tenha chegado a uma conclusão realista, tal como já referenciado (Parker, 2003).

É de referir também que, quando as intervenções são realizadas em vários contextos (escola, casa, sociedade, psicólogos), a eficácia do tratamento sai reforçada.

### **Intervenção farmacológica**

Segundo Garcia (2001, pp.91-92),

o tratamento farmacológico, especialmente a prescrição de estimulantes é um método frequente e tradicional. A sua aceitação entre os profissionais e os pais explica-se pela facilidade de administração e pela rapidez dos seus efeitos sobre as condutas mais alternadas.

Relativamente aos tratamentos medicamentosos, há a evidenciar que só se prescrevem em último caso e só devem ser tomados por crianças com mais de seis anos. Quando isso acontece todos os que intervêm com o paciente devem ser e estar vigilantes. Como os sintomas da hiperatividade são devidos a uma ausência de controlo, por sua vez causada pela dificuldade das células cerebrais segregarem os transmissores neurais, principalmente a dopamina, a forma de tratar essa afeção é atuar sobre a célula cerebral, ou seja, melhorar a sua capacidade de segregar esse transmissor cerebral (Garcia, 2001).

O tratamento tem como finalidade melhorar o comportamento dos doentes e não a obtenção de melhores notas na escola. Este facto será uma consequência da evolução positiva desta síndrome e não uma finalidade (Garcia, 2001).

Os pais têm o direito de ser informados das consequências desse tratamento, na medida em que a medicação, por si só, traz vantagens só a curto prazo, assim como as consequências do não-tratamento (baixa autoestima, insucesso escolar e académico, aumento no risco de comportamento antissocial e continuação e agravamento dos sintomas) (Garcia, 2001).

Este tipo de tratamento é baseado na individualidade e na gravidade do caso em busca da normalização, de preferência, atuando com outras formas de tratamento.

A duração do tratamento também não é sempre igual. Se inicialmente se julgava que os sintomas desapareciam durante a adolescência e na vida adulta, e aí já não era necessário a toma dos medicamentos, agora que se conhece melhor a evolução do problema, não é possível estabelecer limites. Existem, também, casos em que a criança não necessita de tomar fármacos durante o fim-de-semana, feriados, férias... outras, porém, requerem um tratamento contínuo. A duração e o consumo diário dos medicamentos são influenciados pelos seguintes fatores: a gravidade dos sintomas, a sua evolução, a importância das dificuldades escolares e da disponibilidade de outros tratamentos. Cada criança é um caso e não se deve esperar de todas elas a mesma evolução.

São várias as melhorias significativas após a toma de fármacos, conforme refere Garcia (2001): mais atenção (maior tempo de concentração); menor hiperatividade (tornam-se mais calmos); diminuição do nível de atividade em relação às tarefas;

aumento da conformidade com as regras estabelecidas; melhoria da escrita; melhoria do desempenho nos desportos; menor impulsividade (tornam-se menos agressivos); aumenta a autoestima; diminui o comportamento desafiador; maior facilidade na interação social.

### **Informação e apoio psicológico**

Depois de se ter descoberto que a PHDA é uma disfunção cerebral e se ter verificado a eficácia dos estimulantes para corrigir esta deficiência, pensava-se ter encontrado todas as respostas às perguntas. No entanto, nem tudo é assim tão simples. Se, por um lado, os medicamentos não fazem efeito sobre todas as crianças, por outro lado, os mesmos medicamentos podem provocar efeitos secundários demasiado graves e ser obrigatória a sua paragem. Desta forma, é necessário intervir de outro ângulo e em diferentes perspetivas. Alguns psiquiatras defendem que as crianças hiperativas deveriam ser acompanhadas por uma equipa especializada e beneficiar de uma psicoterapia individual e familiar. Os psicólogos escolares e os psico-educadores são também intervenientes capazes de ajudar as crianças e os seus pais, por um lado, disponibilizando toda a informação sobre a perturbação e, por outro lado, aconselhando e propondo estratégias de intervenção para minimizar ou contornar os sintomas. Infelizmente não existem muitos destes especialistas nas escolas nem nos meios hospitalares e tem-se de esperar muito tempo pelas consultas. Para os pais que podem suportar os encargos, a consulta com um psicólogo privado constitui um excelente apoio.

### **Tratamento no meio escolar**

As crianças passam, atualmente, grande parte do dia na escola, maioritariamente dentro da sala de aula. Para um aluno hiperativo, o espaço não é com certeza suficiente e é muitas vezes pouco motivador para estimular a atenção da criança.

“O tratamento das crianças hiperativas na escola é uma questão extremamente delicada” (Falardeau, 1997, p.109). Para que os professores se ocupem corretamente deste tipo de crianças na sala de aula é de extrema importância que tenham um conhecimento teórico sobre a PHDA e que os pais informem o professor se já estiverem perante o problema e até perante o tratamento. O professor terá, também, de aceitar e compreender essa criança e as suas características para que o processo de ensino e aprendizagem seja

agradável para os dois intervenientes. Deve trabalhar com estas crianças o seu lado sensível, emocional e criativo, pois elas possuem muitas capacidades nestes campos.

A criança deve ser aceite na turma, no entanto, a maioria das vezes isso não acontece, devido ao seu comportamento. Segundo Correia (2005, p.32),

“o professor com o intuito de minimizar situações de mal-estar, pode considerar um conjunto de atividades que ajudem a criar verdadeiras comunidades de apoio que permitam que todos os alunos aprendam um pouco sobre cada um, se sintam bem-vindos e inseridos na turma”.

### **Modificar o método pedagógico**

Se estas crianças não conseguem estar atentas, durante muito tempo, mais difícil será se a metodologia utilizada pelo professor for de passividade para a criança, assim como se for sempre a mesma. Para que a aula seja bem aproveitada por estes alunos, referem vários autores que os professores devem torná-la o mais motivante possível. Para isso é positivo que mudem de estratégias com bastante regularidade, para que os alunos não entrem na sala já a imaginar tudo o que se vai passar, mas pelo contrário, que encontrem muitas vezes várias novidades. Também são de privilegiar formas de ensino em que as crianças sejam o mais ativas possível. Quanto mais se “mexerem” na sala de aula mais satisfeitas estarão as crianças. O recurso às Tecnologias de Informação e Comunicação é também bastante positivo. Quanto mais coloridos forem os programas, mais os conteúdos as interessarão. Geralmente, estas crianças gostam de trabalhar com as Tecnologias de Informação e Comunicação, por isso, este recurso pode ser bastante positivo se for usado como metodologia de trabalho (Garcia, 2001).

### **Aceitar na medida do possível o seu movimento**

É fácil de concluir que as crianças com esta síndrome não conseguem estar muito tempo paradas e sentadas no mesmo lugar. Desta forma, o professor deverá mostrar-se mais tolerante em relação a essas crianças, que se levantem com mais frequência do que as outras crianças. Podem, inclusive, deixá-los sair por breves minutos da sala de aula até ao recreio, sempre com vigilância de um auxiliar. Podem também pedir a essas crianças para realizarem algumas tarefas e alguns recados: tirar fotocópias, chamar o auxiliar, chamar os colegas ao recreio, ser o responsável por organizar a sala no final do dia... O que se torna importante é que se deixe, sempre que for possível, a criança caminhar e mover-se um pouco dentro da sala de aula (Lopes, 2004).

### **Fixar as regras**

Como no meio familiar, é positivo que se fixem algumas regras para que as crianças saibam quais são as suas tarefas, deveres e obrigações, na escola a premissa é a mesma. Não só para estas crianças mas para toda a turma. O que se torna mais vantajoso ainda é se essas regras estiverem afixadas na parede da sala. Assim, as crianças podem lê-las, a pedido do professor ou por iniciativa própria, e lembrarem-se com mais frequência de as respeitar (Lopes, 2004).

### **Favorecer a autovigilância**

Esta técnica pode ser implementada principalmente com crianças mais velhas ou mais autónomas. Consiste em pedir-lhes que anotem com regularidade as suas atividades para que possam avaliar a sua própria produtividade. Deste modo, poderá medir os seus progressos e incentivar-se a melhorar o seu rendimento (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

### **Recompensas e castigos**

Se as recompensas e os castigos resultam no meio familiar, também resultam na escola. Desta forma, tanto a recompensa como o castigo deve ser imediata, logo após a má ou boa ação. Pode-se utilizar o sistema de pontos. Por cada tarefa bem realizada a criança ganhará um ponto, por cada momento desajustado retirará um ponto aos já acumulados. Posteriormente, esses pontos serão trocados por recompensas já estipuladas anteriormente entre o professor e os alunos. Estas crianças serão motivadas a ganharem pontos, pois quantos mais tiverem mais recompensas ganharão (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

Os castigos poderão ser: deixar de sair no intervalo, tratar da limpeza da sala, deixar de jogar no computador. Por outro lado, os jogos poderão servir também de recompensa, assim como um lanche com o professor, ou sugerir uma atividade divertida para a turma. No entanto, tem de sublinhar-se que a recompensa se deve ao esforço do aluno e não ao resultado dos exames. O esforço pedido a esses alunos deve, também, ser razoável, proporcional às suas capacidades (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

O professor, na opinião dos autores supracitados, deverá fazer uma avaliação dos problemas que o aluno com PHDA apresenta na sala de aula e poderá delinear estratégias de intervenção precisas e adequadas.

### **Fixar limites de tempo**

A criança hiperativa desempenha melhor as suas tarefas se forem estipulados prazos para a sua conclusão. Ela prefere que lhe digam “durante quinze minutos vais realizar problemas”, em vez de “vais agora realizar cinco problemas”. Como elas sabem que o tempo vai passar, acabam por se empenhar mais nos problemas do que se soubessem que teriam que resolver cinco problemas e enquanto não os terminassem não mudariam de tarefa. O mesmo se verifica com os trabalhos de casa (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

### **Reduzir a quantidade de trabalho das crianças**

Um dos grandes problemas de uma criança hiperativa é a sua dificuldade em realizar uma tarefa tão rapidamente como os seus colegas. Por isso, recomenda-se reduzir a sua carga de trabalho sempre em função das suas capacidades sem penalização da sua aprendizagem. Sempre que estas crianças tenham atingido as competências propostas, não é necessário saturá-las com mais exercícios. Dentro da mesma linha, aconselha-se proporcionar a estes alunos períodos de trabalho mais curtos e mais frequentes. Variando as atividades diminui o aborrecimento destes alunos e estimula-se a sua concentração e atenção. Também nunca se deve mandar para casa os trabalhos que não foram completados na sala de aula. Trabalhos da escola fazem-se na escola, trabalhos de casa fazem-se em casa (Garcia, 2001; Lopes, 2004).

### **Estimular a concentração**

De acordo com as estatísticas citadas por Falardeau (1997, p.154), está demonstrado que os estudantes retêm: 10% do que leem; 20% do que ouvem; 30% do que veem; 50% do que veem e ouvem; 70% do que dizem; 90% do que dizem e fazem.

A capacidade de reterem o que leem e ouvem ainda é mais baixa nas crianças com PHDA. Por isso, não se lhes deve dar unicamente explicações e/ou textos para lerem. É necessário proporcionar, o máximo possível, atividades de manipulação e de

verbalização dos conhecimentos. Nestas atividades, as crianças estão mais concentradas, logo aumentam a sua aprendizagem.

### **Estimular a autoestima**

Como estas crianças são muitas vezes mal interpretadas e mal compreendidas, têm, geralmente, baixa autoestima. É também, papel do professor suscitar a sua autoestima. Aconselha-se, sempre que haja oportunidade, felicitar estas crianças não só pelos bons resultados que apresentam (que podem não ser muitos), mas também pelas suas qualidades (por ser prestável, por habilidades que tenha, por uma roupa nova que apresente). Pelo contrário, recomenda-se não a humilhar pelas tarefas mal executadas, principalmente perante os colegas da turma. Não se devem evidenciar as suas fraquezas, deve ser felicitada pelas suas qualidades (Lopes, 2004).

Os professores têm um papel muito importante na ajuda a estas crianças, por isso devem, sempre que não seja prejudicial para a turma, ainda de acordo com o autor citado, ignorar ou não reagir emotivamente a cada uma das situações negativas provocadas por estes alunos. Deverão também estar sempre preparados para os comentários ou os comportamentos menos positivos que possam surgir e saber como intervir de imediato.

Sempre que os educadores ou professores destes alunos hiperativos não tenham mais alternativas para lidar com eles e se sintam desapoiados, devem pedir ajuda a especialistas (psicólogos, pedagogos, professores especializados), para que possam em conjunto apoiar e intervir da melhor forma possível.

Um dos tratamentos não-medicamentoso para a PHDA, que pode ser feito isoladamente ou em conjunto com medicamentos, é a Reabilitação Cognitiva. Consiste no treino e desenvolvimento da capacidade de atenção por meio de exercícios planeados e hierarquizados. Emprega-se frequentemente *software* especializado e técnicas de controlo. Para a elaboração destes programas, envolve-se a neuroanatomia, a neurofisiologia, a terapia comportamental e cognitiva e ainda a neuropsicologia (Garcia, 2001).

Já relativamente às intervenções na sala de aula, existe um vasto número de possibilidades, segundo Garcia (2001) e Lopes (2004): mudanças do local onde está sentada a criança (pô-la sozinha numa mesa ou colocá-la junto de uma criança mais sossegada e atenta); terapias de modificação comportamental; metodologias de ensino

diversificadas para captar a atenção do aluno com PHDA; programação de atividades extras; proporcionar ambientes calmos e desprovidos de estímulos; recompensar progressos (comportamentos positivos, ficar sentado sossegado durante a refeição). Por vezes estes tratamentos só por via comportamental falham, segundo vários autores porque este tipo de intervenção necessita de muito treino, persistência e grande motivação por parte dos professores e dos pais.

## II – ESTUDO EMPÍRICO

### 1. Problemática

Quando se processam mudanças de fundo num sistema, é natural que surjam resistências e equívocos que provocam debates e exigem clarificação de conceitos e estratégias. Vivemos um período em que as recentes alterações introduzidas no sistema educativo veem estabelecer novas orientações e definir novos procedimentos e medidas a adotar no atendimento aos alunos com NEE.

Segundo Quivy e Campenhout (2005), uma investigação é algo que se procura conhecer, tendo como preocupação inicial eleger o objeto de estudo e delimitar, tanto quanto possível, a problemática a estudar. O investigador deve estabelecer um fio condutor tão claro quanto realizável de modo a que o seu trabalho se possa iniciar e estruturar com coerência.

O problema a investigar representa o ponto de partida da pesquisa e para o qual se vai procurar encontrar resposta. Um problema de investigação deve constituir uma questão formulada claramente e sem ambiguidades, para que seja facilmente inteligível e admita somente uma interpretação. O investigador ao formular a questão deve assegurar-se que ela é exequível, isto é viável dentro das possibilidades que reúne no momento. Para Quivy e Campenhout (2005), uma boa pergunta de partida deve ser clara, precisa concisa e unívoca para que possa ser facilmente compreendida, devendo também ser pertinente, ou seja, adequada ao fim em vista.

A PHDA é uma perturbação concebida como um estado de mobilidade quase permanente, desde as primeiras idades, manifestando-se em todos os campos. Não se trata exclusivamente de uma hiperatividade motora, pode estar associada à hiperatividade verbal e acontece aparecerem perturbações do sono e tendência para a destruição e agressividade (Lopes, 2004).

A falta de atenção é outro dos sintomas integrantes e fundamentais da síndrome, bem como a irritabilidade e impulsividade. Caracteriza-se também por comportamentos repetitivos e um sintoma comportamental que, alguns autores, descrevem com o nome de “desobediência patológica”, entendida como incompreensão de ordens, repetição do erro e incompreensão perante o castigo (Polis, 2008).

Os alunos com PHDA têm bastantes dificuldades de atenção e de concentração. Por essa razão, têm uma forte probabilidade de apresentarem problemas de aprendizagem escolar, assim como têm também bastantes probabilidades em se desmotivarem com frequência (Garcia, 2001). No entanto, se houver, por parte dos professores do Ensino Regular uma preocupação em alterar as suas práticas pedagógicas, ajustando-as a estes alunos, dispensando-lhes um pouco do seu tempo, poder-se-á conseguir levá-los a alcançar o sucesso escolar por mérito e não transitá-los de ano, unicamente porque estão ao abrigo do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro.

Assim, qualquer professor deve saber avaliar e desenvolver as suas práticas à medida que reflete sozinho ou em conjunto “na ação e sobre a ação”, acerca de tudo o que possa modelar as suas experiências profissionais e pessoais. Se se quer um verdadeiro desenvolvimento dos professores e uma escola inclusiva, fiel aos seus princípios originais de “escola de e para todos”, tem de se apostar na formação reflexiva dos mesmos que levará à mudança educacional, à otimização da qualidade de ensino e ao desenvolvimento de novas práticas educativas que resultem numa maior igualdade e justiça social.

Perante o exposto na revisão da literatura e face à experiência prática acumulada, formulam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as percepções dos professores do 1ºCiclo do Ensino Básico em relação aos alunos com PHDA? - De que forma a presença de alunos com PHDA pode influenciar a sua intervenção pedagógica?

Pretende-se que esta investigação seja um contributo para o aprofundamento dos conceitos teóricos e de melhores práticas no atendimento dos alunos com PHDA e na valorização da Escola Inclusiva.

## **2. Objetivos**

A contextualização e definição dos objetivos de trabalho são, na opinião de Bell (2004), fundamentais na elaboração de investigações. Assim, estruturámos como objetivos para este estudo:

- Verificar se os sujeitos da amostra possuem formação na área da PHDA;
- Averiguar se os professores têm alunos com PHDA incluídos na sua turma;
- Verificar se os professores conhecem as características da PHDA e quais as que, segundo a sua opinião, são mais perturbadoras para o processo de ensino e aprendizagem;
- Saber se os professores conhecem a prevalência da PHDA e as suas causas, diagnóstico e problemas associados;
- Verificar qual a forma de intervenção considerada mais benéfica para as crianças com PHDA, na perspetiva dos sujeitos da amostra;
- Averiguar as estratégias de intervenção em contexto escolar em alunos com PHDA, enumeradas pelos professores são influenciadas pelo perfil dos mesmos (formação, género, anos de lecionação, idade, nível académico, situação profissional, ano escolar lecionado, experiência de trabalho com alunos com PHDA)
- Contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos teóricos e de melhores práticas no atendimento dos alunos com PHDA e na valorização da Escola Inclusiva.

### **3. Hipóteses**

Os estudos que utilizam o teste de hipóteses procuram, geralmente, explicar a natureza de certas relações (Tuckman, 2002). Esta é a razão pela qual este estudo se baseia fortemente num método quantitativo, pois, uma abordagem qualitativa não suportaria o teste de hipóteses.

As hipóteses podem ser definidas como uma relação lógica obtida através da relação conjecturada entre duas ou mais variáveis expressas sob a forma de afirmação testável. As relações são conjecturadas com base na rede de associações estabelecidas no quadro teórico conceptual formulado para o estudo da pesquisa. Testando as hipóteses e confirmando as relações conjecturadas, espera-se que seja possível encontrar soluções para corrigir o problema (Tuckman, 2002).

Tendo em conta as questões de investigação e os objetivos delineados, bem como as variáveis em estudo (variável dependente: estratégias de intervenção em alunos com PHDA; e as variáveis independentes: formação, género, anos de lecionação, idade, nível académico, situação profissional, ano escolar lecionado, experiência de trabalho com alunos com PHDA), formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H<sub>1</sub> - A formação dos professores influencia estatisticamente a sua percepção sobre as estratégias de intervenção com alunos com PHDA;

H<sub>2</sub> - O género dos professores influencia estatisticamente a sua percepção sobre as estratégias de intervenção com alunos com PHDA;

H<sub>3</sub> - Existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de lecionação e a percepção que os professores têm acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA;

H<sub>4</sub> - A idade dos professores influencia estatisticamente as suas percepções acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA;

H<sub>5</sub> - Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível académico dos professores e as suas percepções acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA;

H<sub>6</sub> - A situação profissional dos professores interfere estatisticamente nas suas percepções acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA;

H<sub>7</sub> - A situação profissional dos professores influencia estatisticamente as suas percepções dos professores acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA;

H<sub>8</sub> - O ano escolar lecionado influencia estatisticamente as percepções dos professores acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA;

H<sub>9</sub> - O facto de os professores trabalharem com alunos com PHDA influencia estatisticamente as suas percepções acerca das estratégias de intervenção nestes alunos.

#### **4. Método**

Toda a investigação deve seguir processos operativos objetivos e rigorosos, adaptados ao tipo de problema em causa e facilitadores de uma nova aplicação em semelhantes condições, segundo Tuckman (2002). Assim sendo, neste capítulo descreve-se a sequência metodológica utilizada no presente estudo.

A metodologia de pesquisa empregue foi escolhida a fim de se atender às necessidades específicas de cada um dos objetivos. Assim, socorreu-se da investigação quantitativa, a qual permitiu estabelecer e provar relações entre as variáveis operacionalmente definidas, de acordo com Quivy e Campenhoudt (2005). Por outro lado, a investigação quantitativa utiliza, normalmente, os critérios de validade interna,

validade externa, fidelidade e objetividade, objetivando-se aferir a veracidade estatística das afirmações.

Esta investigação apresenta uma opção metodológica de recolha de evidência empírica fortemente quantitativa, pois desenvolveu testes de hipóteses. O processo de investigação com testes de hipóteses compreende, sinteticamente, momentos sucessivos de observação, recolha de informação preliminar, definição do problema, estabelecimento de um modelo teórico-conceitual e formulação de hipóteses (Sekaran, 2003).

Cumpriu-se o desenho de investigação pré-definido, recolheram-se, analisaram-se e interpretaram-se os dados e resultados, verificando se as hipóteses são suportadas. O rigor científico da investigação depende da escolha de um desenho da investigação que seja apropriado ao propósito do estudo (Sekaran, 2003).

O tipo de investigação seguido foi o descritivo, pois tentou-se verificar e descrever as características sociodemográficas dos professores; causal comparativo, uma vez que, tal como Carmo e Ferreira (1998), pretende estabelecer-se relações de causa-efeito, procedendo à comparação de grupos. Muitas vezes, este tipo de investigação é confundida com a investigação experimental, porém, a maior distinção entre as duas é que na investigação experimental a variável independente (“a causa” ou “ocorrência associada”) é manipulada, enquanto na investigação causal comparativa esta não é manipulada porque já ocorreu. Depois de se observar que determinados grupos diferem concernente a uma variável ou variáveis, procura perceber-se qual o fator ou fatores que levaram a essa ou essas diferenças, ou seja, estuda-se a variação da variável independente tendo sempre em consideração a sua relação com a variação na variável dependente. Isto é, procuram-se não as “causas” no sentido coloquial do termo mas as ocorrências associadas nas variações observadas.

Tem um carácter transversal, na medida em que os dados recolhidos se efetuaram num período de três meses.

## **5. Universo e amostragem**

O universo deste estudo era constituído por todos os professores a lecionar em Escolas dos 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico de Rabo de Peixe, nos Açores. Na

impossibilidade de se poder alargar o estudo a todo o universo, a amostra é constituída por 60 professores dos 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico.

A descrição da amostra faculta uma ideia sobre as limitações de eventual generalização dos resultados. “As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção” (Vaz Freixo, 2011, p. 183). Seguiu-se o tipo de amostra não probabilística acidental, uma vez que é constituída por professores facilmente acessíveis e presentes nos dias destinados à recolha de dados.

De seguida apresenta-se a caracterização dos sujeitos da amostra, tendo em conta a formação, o género, os anos de lecionação, a idade, o nível académico, a situação profissional, o ano escolar lecionado e o trabalhar com alunos com PHDA.

### **i. Caracterização dos sujeitos da amostra**

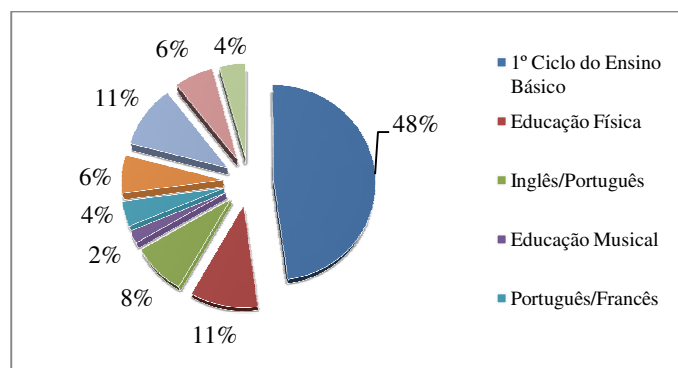
#### Formação

Referente à formação verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra possui formação ao nível do 1º Ciclo de Ensino Básico (47,9%), seguidos dos que têm formação em Educação Física e em Educação Visual e Tecnológica (EVT) com uma percentagem de 10,4% (cf. Quadro 1 e Gráfico 1).

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a formação

<b>Formação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Válida</b>
<b>1º Ciclo do Ensino Básico</b>	23	38,3	47,9
<b>Educação Física</b>	5	8,3	10,4
<b>Inglês/Português</b>	4	6,7	8,3
<b>Educação Musical</b>	1	1,7	2,1
<b>Português/Francês</b>	2	3,3	4,2
<b>Matemática</b>	3	5,0	6,3
<b>E.V.T.</b>	5	8,3	10,4
<b>Geografia</b>	3	5,0	6,3
<b>Ensino Especial</b>	2	3,3	4,2
<b>Não Respondeu</b>	12	20,0	100,0
<b>Total</b>	60	100,0	

Gráfico 1 - Formação



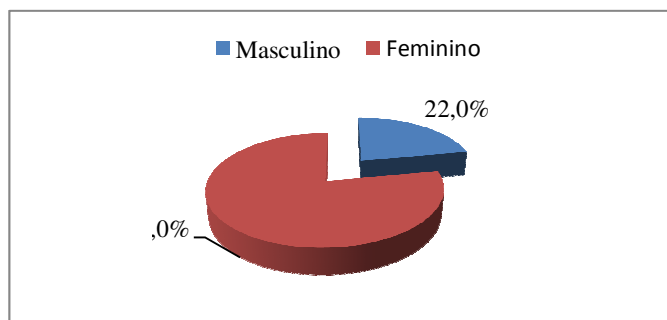
### Género

No que se refere ao género, verificou-se que 78,0% da amostra é do sexo feminino e 22,0% do sexo masculino (cf. Quadro 2 e Gráfico 2).

Quadro 2 – Distribuição da amostra sendo o género

Género	n	%	% Válida
Masculino	13	21,7	22,0
Feminino	46	76,7	78,0
Não Respondeu	1	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>98,3</b>	

Gráfico 2 - Género



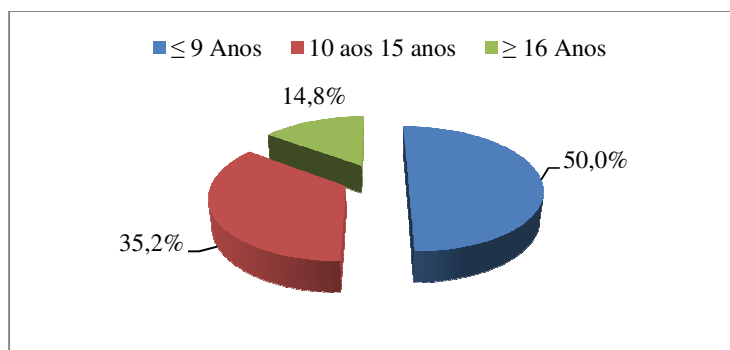
### Anos de Lecionação

Alusivo aos anos de lecionação, pode observar-se que metade da amostra possui 9 anos ou menos de tempo de serviço (50,0%), 35,2% leciona entre os 10 e os 15 anos e 14,8% fá-lo há 16 ou mais anos (cf. Quadro 3 e Gráfico 3).

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo os anos de lecionação

Anos de Leccionação	n	%	% Válida
≤9 Anos	27	45,0	50,0
10 Aos 15 anos	19	31,7	35,2
≥16 Anos	8	13,3	14,8
Não Respondeu	6	10,0	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Gráfico 3 – Anos de lecionação



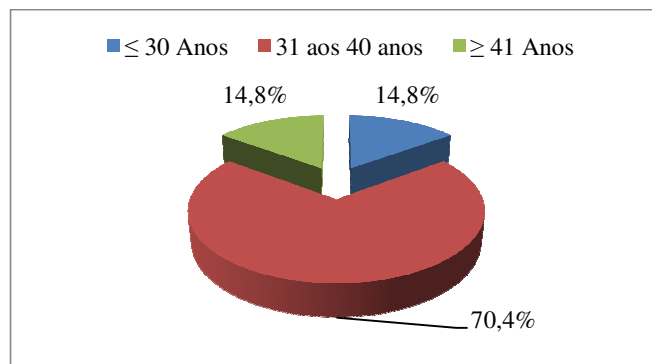
### Idade

Analisando o Quadro 4 e o respetivo Gráfico, verifica-se que mais de metade da amostra tem entre os 31 e os 40 anos de idade (70,4%) e 14,8% dos professores 30 anos ou menos e, com idêntico valor percentual, os professores com 41 anos de idade ou mais.

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a idade

Idade	n	%	% Válida
≤ 30 Anos	8	13,3	14,8
31 aos 40 anos	38	63,3	70,4
≥ 41 Anos	8	13,3	14,8
Não Respondeu	6	10,0	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Gráfico 4 - Idade



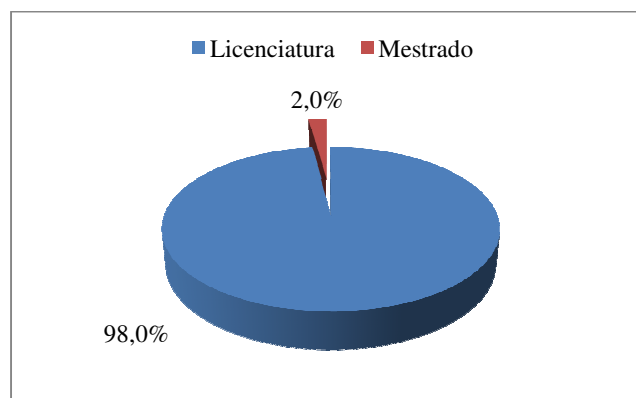
### Nível Académico

No que concerne o nível académico, constata-se que a grande maioria da amostra é licenciada (98,0%) e que apenas 2,0% possuem o mestrado (cf. Quadro 5 e Gráfico 5).

Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo o nível académico

Nível Académico	N	%	% Válida
Licenciatura	48	80,0	98,0
Mestrado	1	1,7	2,0
Não Respondeu	11	18,3	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Gráfico 5 – Nível académico



### Situação Profissional

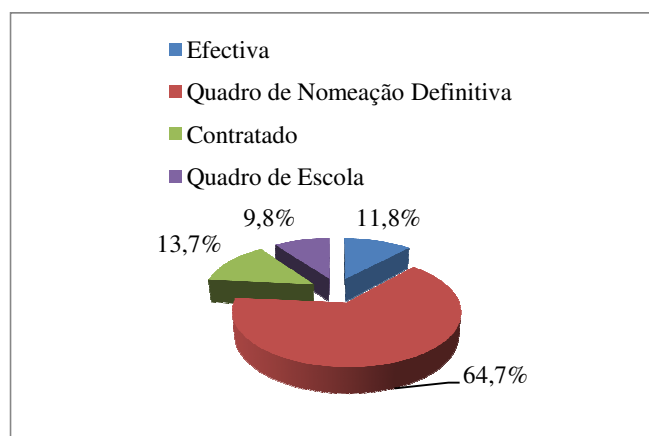
Relativamente à situação profissional, verificou-se que mais de metade dos sujeitos da amostra se encontram no Quadro de Nomeação Definitiva (64,7%), 11,8% dos sujeitos são efetivos, 13,7% são contratados e, por fim, numa percentagem de 9,8%,

encontram-se os sujeitos da mostra pertencentes ao Quadro de Escola (cf. Quadro 6 e Gráfico 6).

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional

Situação Profissional	n	%	% Válida
Efetiva	6	10,0	11,8
Quadro de Nomeação Definitiva	33	55,0	64,7
Contratado	7	11,7	13,7
Quadro de Escola	5	8,3	9,8
Não Respondeu	9	15,0	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>

Gráfico 6 – Situação profissional



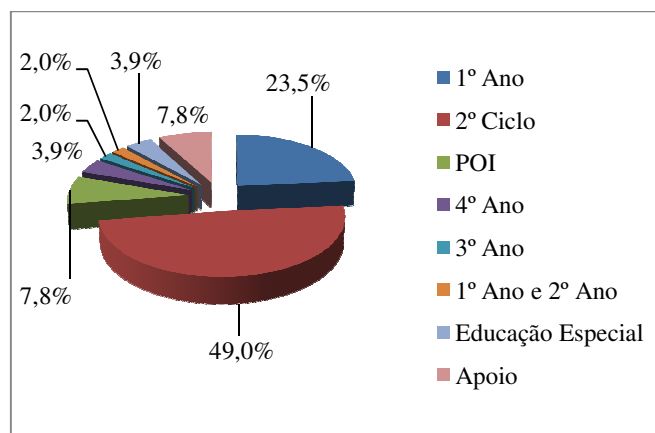
#### Ano escolar que leciona

No que se refere ao ano escolar lecionado, observou-se que a maioria dos professores se encontra a lecionar ao 2º Ciclo (49,0%), enquanto 23,5% lecionam no 1º Ciclo, sendo estes os valores percentuais mais significativos (cf. Quadro 7 e Gráfico 7).

Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo o ano escolar que leciona

Ano escolar que leciona	n	%	% Válida
1º Ano	12	20,0	23,5
2º Ciclo	25	41,7	49,0
POI	4	6,7	7,8
4º Ano	2	3,3	3,9
3º Ano	1	1,7	2,0
1º Ano; 2º Ano	1	1,7	2,0
Educação Especial	2	3,3	3,9
Apoio	4	6,7	7,8
Não respondeu	9	15,0	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>

Gráfico 7- Ano que leciona



## 6. Instrumentos e procedimentos

Utilizámos como técnica principal para recolha de dados o questionário (cf. Anexo I).

Segundo Tuckman (2000), Afonso (2005), Quivy e Campenhoudt (2005) o questionário é um instrumento que permite transformar em dados a informação ou conhecimentos dos sujeitos alvo do estudo, relativos a sua situação profissional, social ou familiar, as suas opiniões e o seu nível de conhecimentos, a sua consciência de um acontecimento ou de um problema, ou de qualquer outro ponto de interesse para o investigador. Também segundo Fortin (2009), o questionário é um instrumento de medida que “ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa, havendo um melhor controlo dos enviesamentos” (p.249).

Segundo Tuckman (2000), este instrumento apresenta como limitações o facto de o material recolhido ser superficial, limitar os tipos de perguntas a formular. Referencia como muito positivo o facto de garantir o anonimato dos sujeitos, o que assegura uma maior credibilidade dos dados recolhidos, já que reduz o nível de constrangimento que o sujeito possa sentir ao abordar determinadas questões.

A autora do questionário foi Maria Isabel Salvador Rico Lourenço no estudo apresentado em 2009, intitulado “Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto

Escolar: Estudo comparativo das perceções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclo do Ensino Básico”.

Após a autorização da Direção Regional da Educação dos Açores e da Escola Básica Integrada de Rabo de Peixe, os questionários foram entregues. Este processo foi mediado pela direção da escola e todos os dados recolhidos foram anónimos, não vindo os respondentes a ser identificados.

Como forma de garantir que os sujeitos devolvessem o questionário, impedindo a mortalidade experimental e, conseqüentemente, a redução da amostra, os questionários foram também recebidos pessoalmente, tratando-se de uma administração direta (Quivy e Campenhout, 2005).

Após a colheita de dados, efetuou-se a primeira análise a todos os instrumentos de colheita de dados, com o intuito de eliminar os que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. De seguida, foi elaborada a base de dados, permitindo desta forma a codificação e preparação do tratamento estatístico. No Processamento da Informação utilizou-se como ferramenta informática, o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0.

Como metodologia para o tratamento de dados implementaram-se as análises estatísticas descritiva e a inferencial. Foram selecionados os seguintes níveis de significância para a análise inferencial (Pestana e Gageiro, 2009):

- $p < 0.05$  - Estatística significativa;
- $p < 0.01$  - Estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$  - Estatística altamente significativa;
- $p \geq 0.05$  - Não significativo.

Em relação à análise descritiva e a fim de descrever as variáveis em estudo determinaram-se: a frequência, os valores percentuais, as médias ( $\bar{X}$ ) e o desvio padrão (dp). No que concerne à estatística inferencial, recorreu-se ao teste paramétrico, o que, segundo Pestana e Gageiro (2009), se refere a testes robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas, o que vai ao encontro do referido por Pestana e Gageiro (2009) quando afirmam que, para grupos amostrais com um  $n$  superior a 30, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, para amostras iguais ou inferiores a 30, este teste exige que os grupos em análise tenham uma distribuição normal.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são expostos dois testes de t (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais). Recorreu-se igualmente ao teste *One-Way Anova* (análise de variância com um fator), utilizado em casos se os grupos são bem modelados por distribuições normais de igual variância e permite comparar as médias entre os grupos (Pestana e Gageiro, 2009).

### **III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **1. Apresentação dos resultados**

O presente capítulo consiste na apresentação, análise e discussão dos resultados, tendo em consideração todos os aspetos da investigação: o problema em estudo, os objetivos e as hipóteses de investigação, bem como o enquadramento teórico.

Na opinião de Marconi e Lakatos (2003), a discussão dos resultados é o exame, a argumentação e a explicação, onde se discute, fundamenta e enunciam as proposições, considerando também o núcleo da investigação. Esta análise e discussão de resultados tiveram como base a análise quantitativa dos questionários respondidos pelos docentes.

Foram elaborados quadros de análise dos resultados obtidos nos questionários, apresentando os valores absolutos e as respetivas percentagens das respostas, por forma a retirar um conjunto de informações que permitissem estabelecer indicadores. Efetuou-se também uma análise inferencial, através da qual se aferiram as hipóteses de investigação.

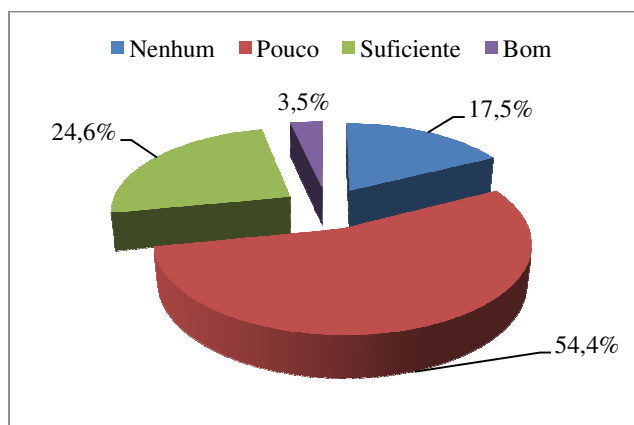
Começa-se por apresentar a análise estatística descritiva, seguindo-se a inferencial. Refere-se que se faz alusão aos quadros, onde se encontram expostos os resultados, os quais se encontram em anexo.

#### **i. Análise descritiva**

##### Grau de informação anterior sobre a PHDA

Em relação à informação anterior sobre a PHDA, verificou-se que mais de metade da amostra revela possuir pouca informação (54,4%), 24,6% possui um grau suficiente de informação, 17,5% revelou não possuir nenhuma informação e, apenas, 3,5% os sujeitos da mostra referiam possuir um grau de informação acerca da PHDA bom (cf. Quadro 8 e Gráfico 8).

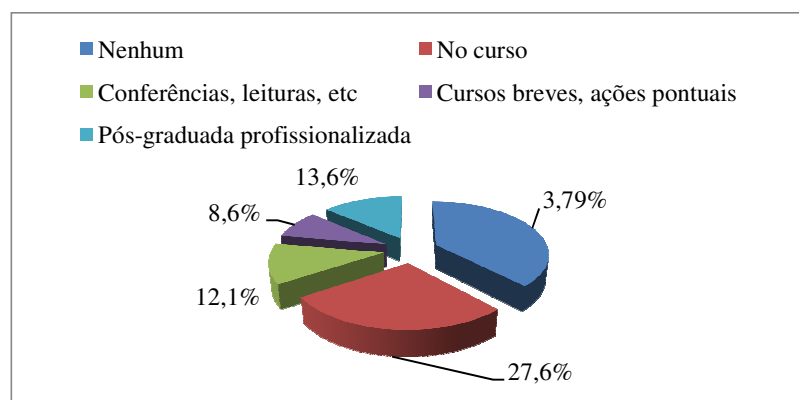
Gráfico 8 - Grau de informação anterior sobre as PHDA



#### Tipo de formação anterior sobre as PHDA

O Quadro 8 e respetivo Gráfico mostram que, relativamente ao tipo de formação anterior sobre a PHDA, 27,6% da amostra referiu o curso, seguido pelos sujeitos que referiram ter obtido informação através de uma pós-graduação profissionalizada, 12,1% referiram conferências, leituras, etc. e 8,6% dos sujeitos referiram ter obtido a informação através de cursos breves e ações pontuais.

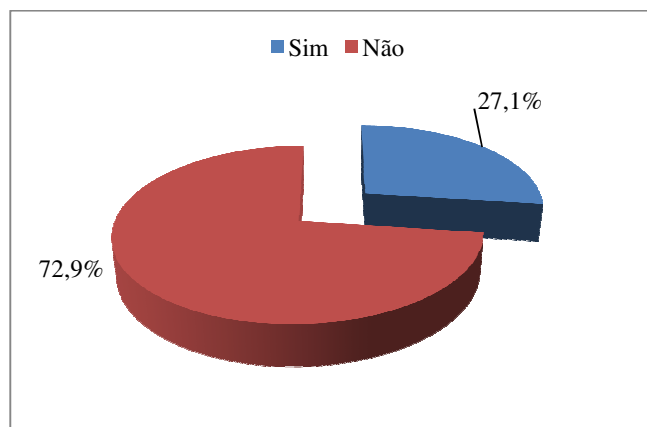
Gráfico 9 - Tipo de formação anterior sobre as PHDA



#### Crianças com diagnóstico de PHDA

Relativamente ao facto de os sujeitos terem ou não crianças com diagnóstico de PHDA incluídas na sala de aulas, verificou-se que 27,1% tem crianças com este diagnóstico, em contraposição a 72,9% que não as têm (cf. Quadro 10 e Gráfico 10).

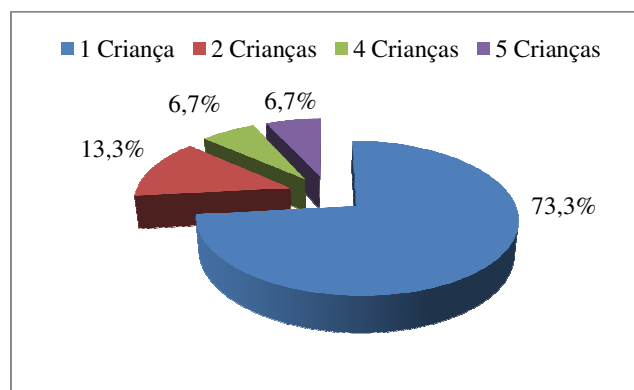
Gráfico 10 - Crianças com diagnóstico de PHDA



Se sim, quantas:

Tendo e conta o numero de crianças com PHDA presentes na sala de aulas, observou-se que na maioria dos sujeitos possui um aluno (73,3%), seguido pelos sujeitos que possuem 2 alunos com PHDA (13,3%). Em menor (6,7%) apareceram os sujeitos que têm 4 ou 5 alunos com PHDA na sala de aulas (cf. Quadro 11 e Gráfico 11).

Gráfico 11 - Número de crianças com PHDA

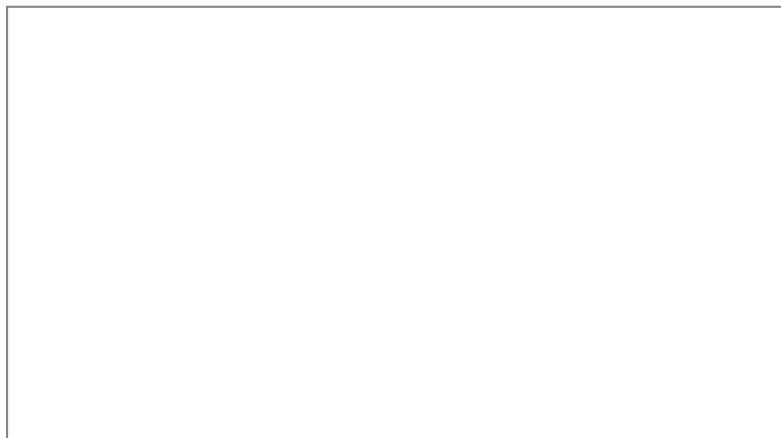


Pergunta 1 - Características de suspeita de PHDA

Concernente às características que levaram os sujeitos da amostra a suspeitarem de uma situação de PHDA, verificou-se que a maioria da amostra considerou todas as opções (30,0%), seguido pelos que optaram apenas pela característica hiperatividade

(26,7%) e pelos que optaram pela conjunção do défice de atenção e hiperatividade (21,7%).

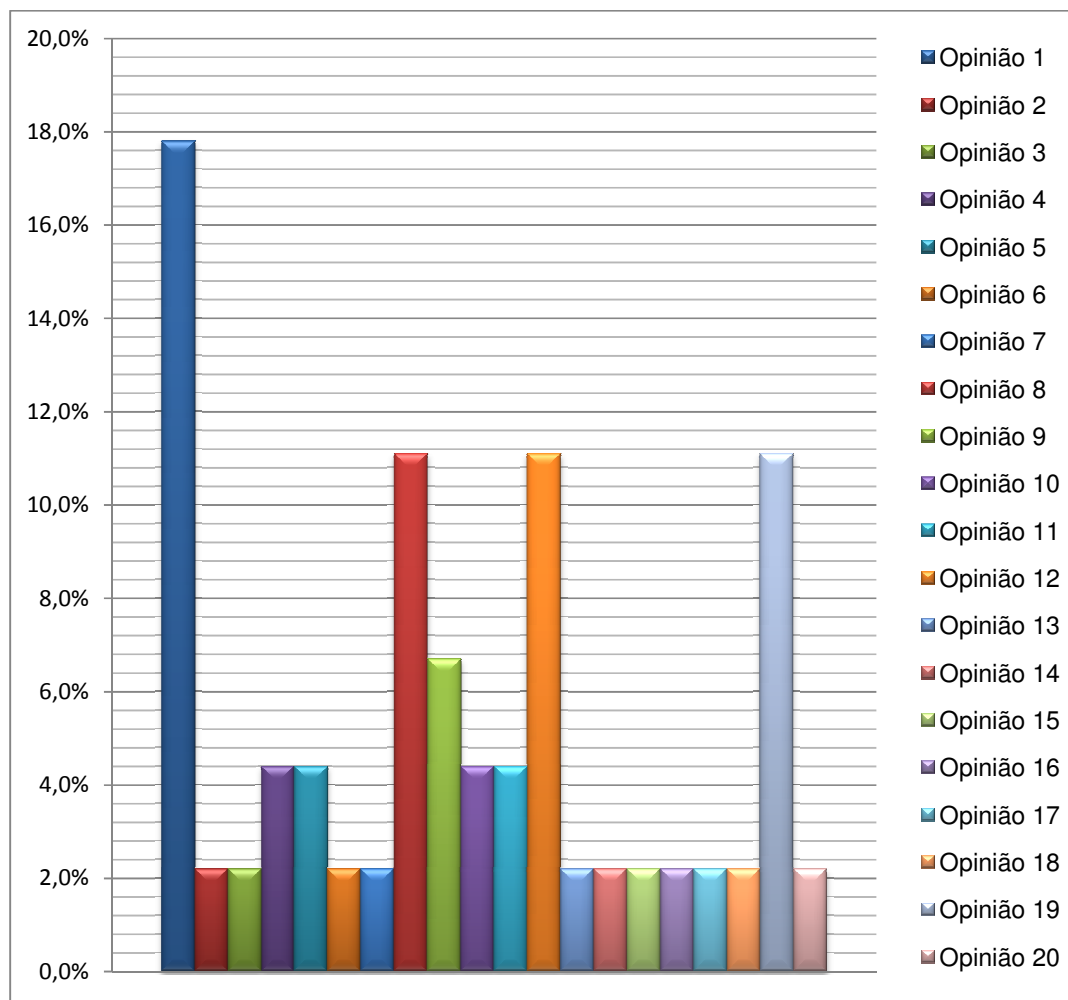
Gráfico 12 - Características de suspeita de PHDA



Pergunta 2 - Características que perturbam mais as crianças com PHDA

No que se refere às características que perturbam mais as crianças com PHDA, observou-se que a maioria dos sujeitos optou pelo seguinte conjunto de cinco características: “Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades”; “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); “Distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes”; “Levantar-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado”; “Anda ou atua como se estivesse sempre ligado a um motor”, tendo esta, obtido, uma percentagem de 17,8% (cf. Quadro 13 e Gráfico 13).

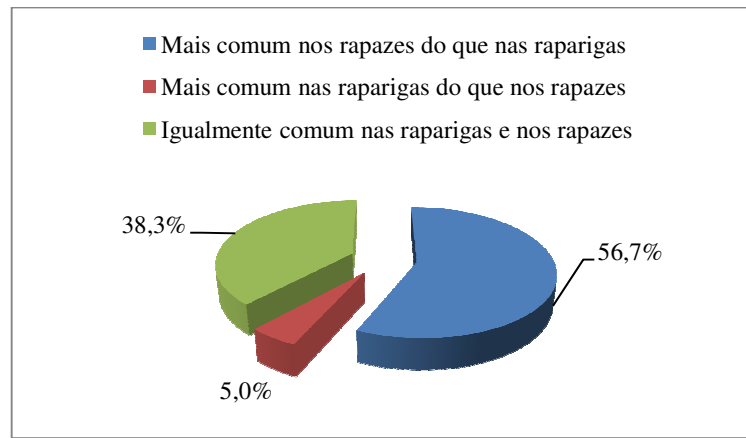
Gráfico 13 - Características que perturbam mais as crianças com PHDA Não se percebe o gráfico! % de respostas válidas?



Pergunta 3 - Prevalência da PHDA:

Pelo que se pode observar no Quadro 14 e despectivo Gráfico, 56,7% dos sujeitos da amostra consideram que a PHDA é mais comum nos rapazes do que nas raparigas, 5,0% é de opinião que esta é mais prevalente nas raparigas do que nos rapazes e 38,3% considerou que a prevalência da PHDA é igualmente comum nas raparigas e nos rapazes (cf. Quadro 14 e Gráfico 14).

Gráfico 14 - Prevalência da PHDA



#### Pergunta 4 - Causas de PHDA

Relativo às causas de PHDA, verificou-se a maioria da amostra referiu como principal causa os fatores genéticos (25,0%), seguidos pelos sujeitos que referiram os fatores biológicos numa percentagem de 18,3% e também com uma percentagem significativa os sujeitos que referiram os fatores ambientais e o excesso de TV e de Play-Station como principais causas de PHDA numa percentagem de 10,0% (cf. Quadro 15 e Gráfico 15).

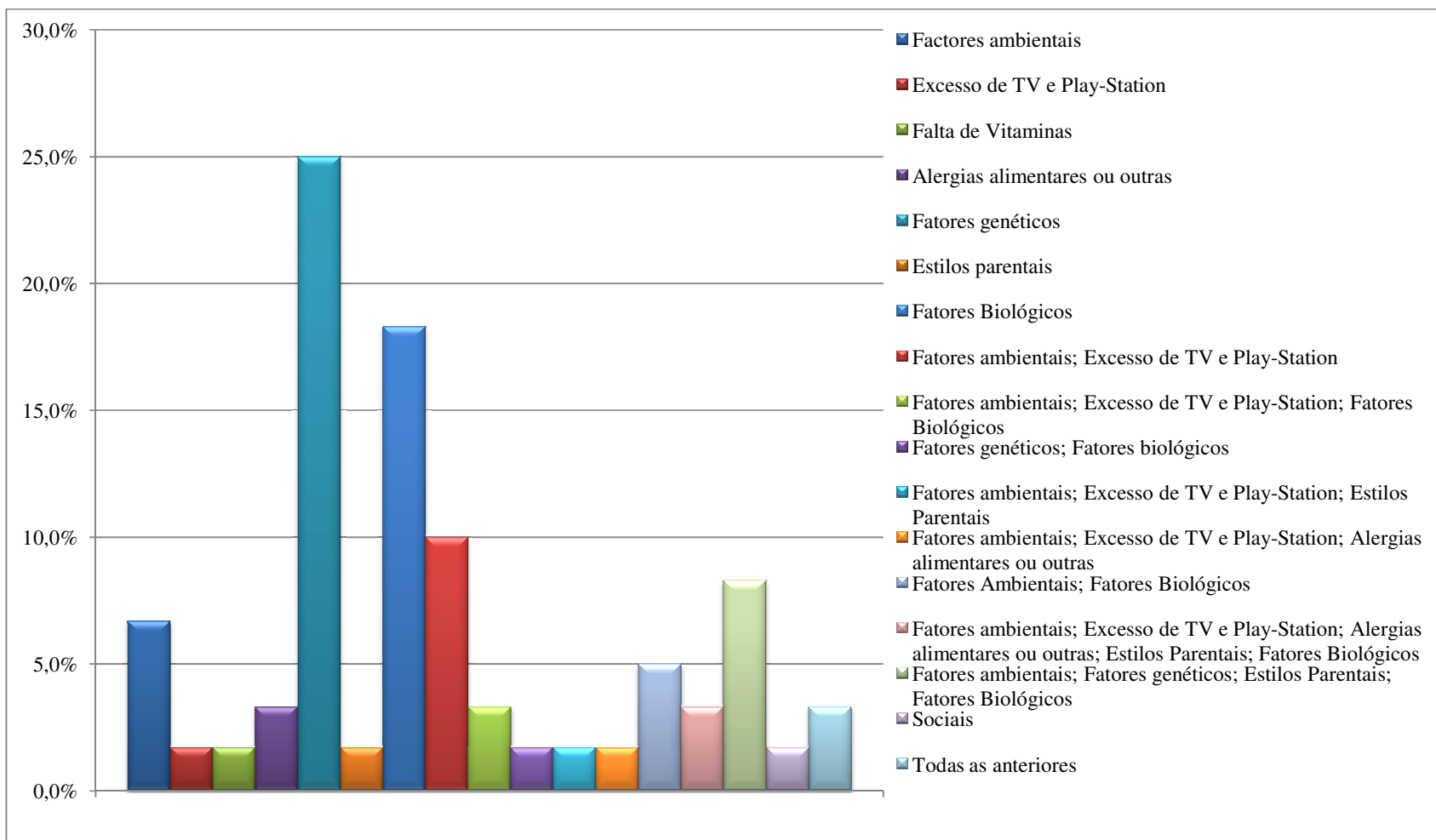
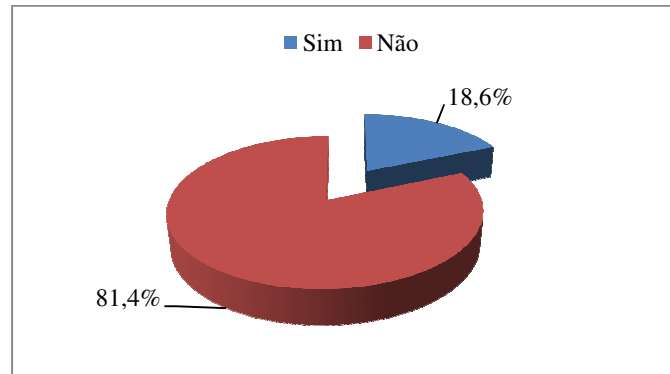


Gráfico 15 - Causas de PHDA

Pergunta 5 - A PHDA desaparece com o tempo

Quando questionados sobre o facto de esta perturbação desaparecer com o tempo, 81,4%, ou seja, mais de metade da amostra respondeu negativamente e, apenas, 18,6% respondeu afirmativamente (cf. Quadro 16 e Gráfico 16).

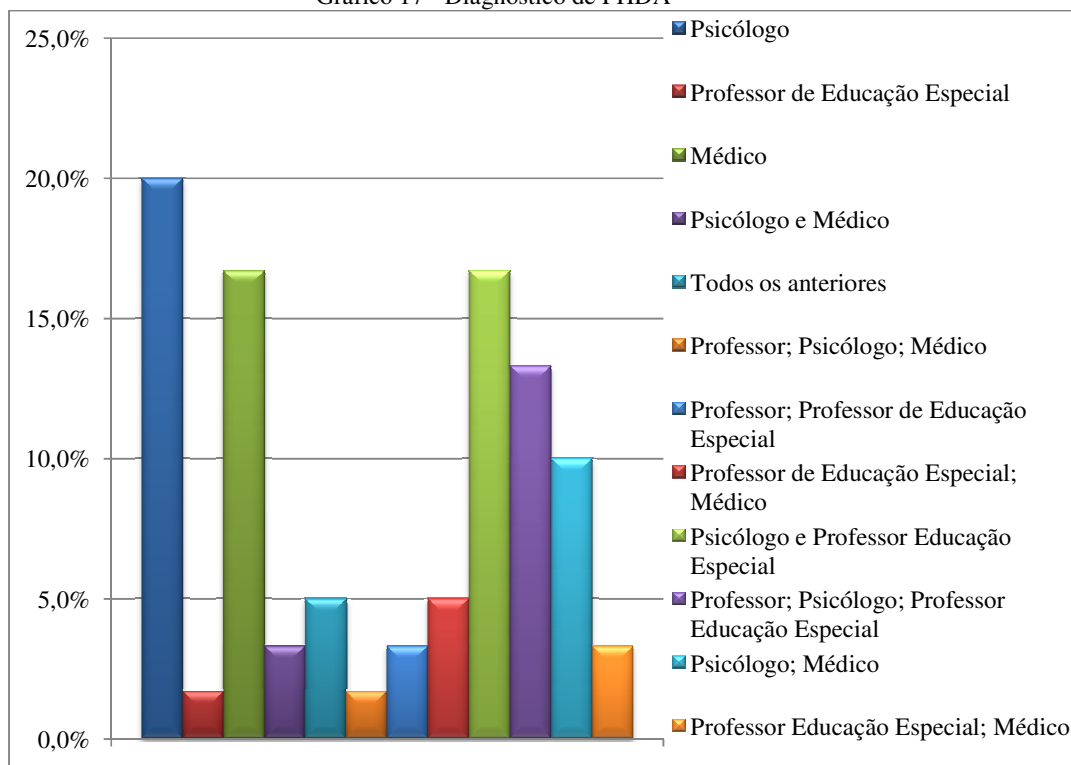
Gráfico 16 - A PHDA desaparece com o tempo



Pergunta 6 - Diagnóstico de PHDA

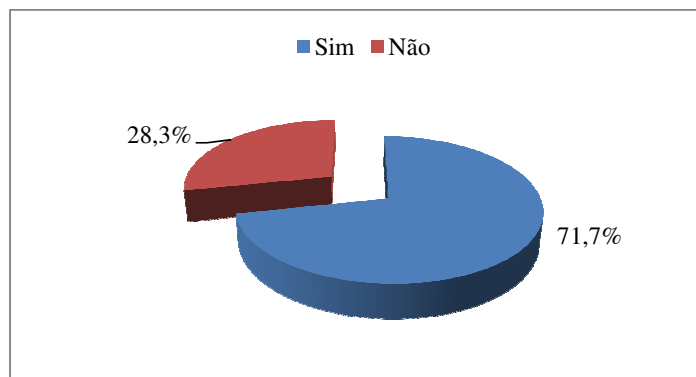
Através da análise do Quadro 17 e respetivo Gráfico, pode observar-se que 20,0% dos sujeitos da amostra referem que o diagnóstico de PHDA deve ser feito pelo Psicólogo, 16,7% é de opinião que este deve ser feito pelo Psicólogo e pelo Professor de Educação Especial. Referem-se assim apenas estas percentagens por serem as maiores.

Gráfico 17 - Diagnóstico de PHDA



Pergunta 7 - Problemas associados à PHDA

Em relação ao facto de poderem ou não existir outros problemas associados à PHDA, observou-se que 71,7% dos sujeitos da amostra responderam afirmativamente e 28,3% responderam negativamente (cf. Quadro 18 e Gráfico 18).



*Se sim, quais:*

Relativamente aos problemas associados à PHDA, para os sujeitos da amostra os que provocaram desadaptação, numa maior percentagem, foram: “todas as opções apresentadas” numa percentagem de 23,8% e o seguinte conjunto de características: “dificuldade na relação com os pares”; “comportamentos de agressividade e oposição” e “baixa autoestima”, numa percentagem de 10,0% (cf. Quadro 19 e Gráfico 19).

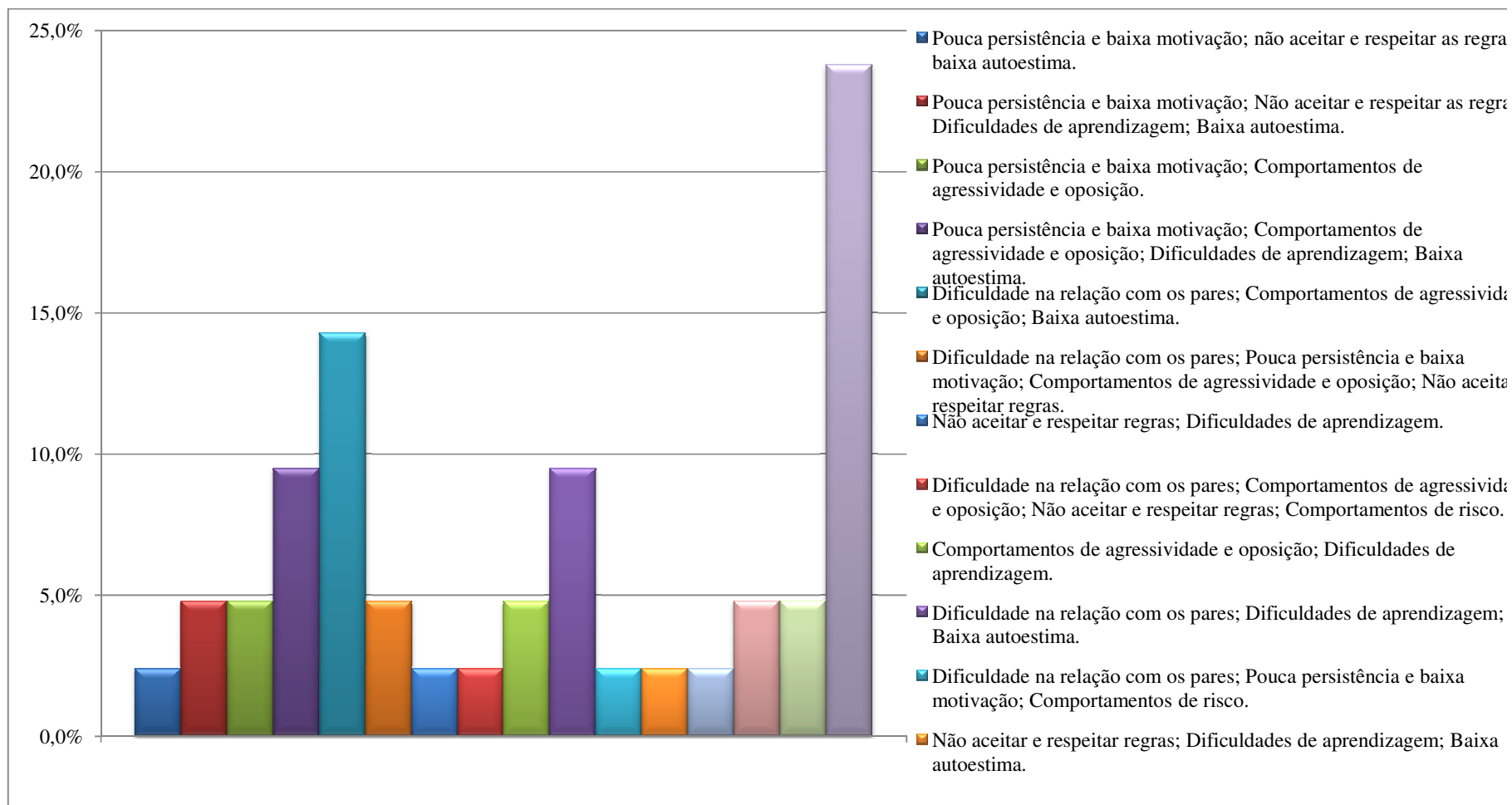
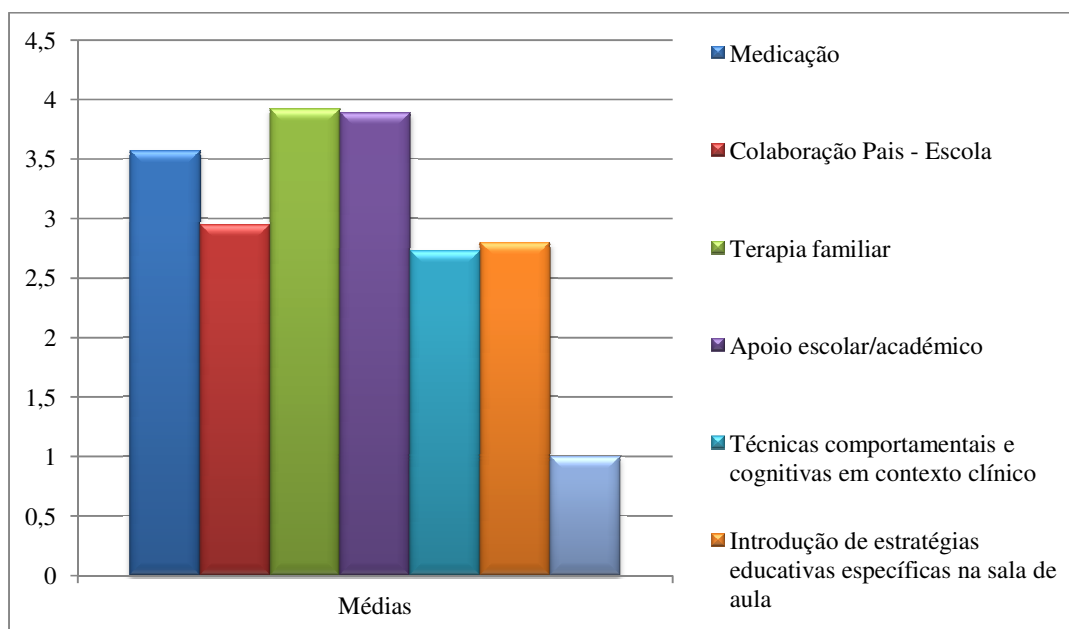


Gráfico 19 – Tipo de problemas associados

Pergunta 9 - Forma de intervenção mais benéfica para as crianças com PHDA

Em conformidade com os dados apresentados no Quadro 20, pode dizer-se que as formas de intervenção consideradas mais benéficas para a criança com PHDA, segundo os professores inquiridos, tendo em conta as médias mais elevadas, são as seguintes, lendo-as por ordem decrescente: “terapia familiar” (M=3,92), “apoio escolar/académico” (M=3,89); “medicação” (M=3,57); “colaboração pais/escola” (M=2,95); “introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” (M=2,80); “técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” (M=2,73).

Gráfico 20 – Forma de intervenção mais benéfica para a criança com PHDA

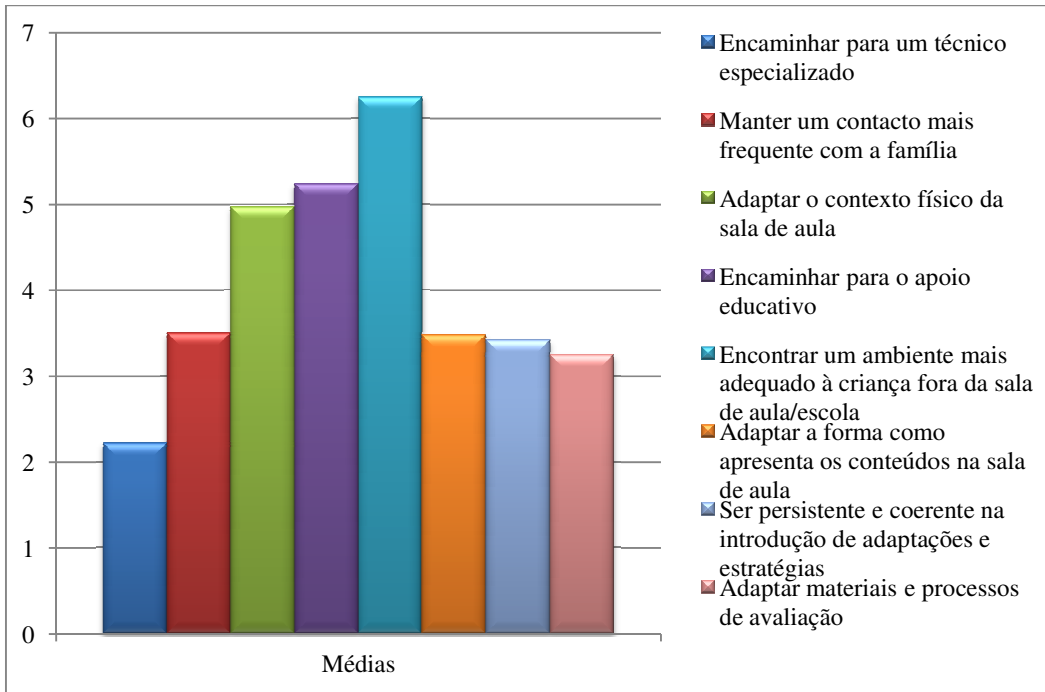


Pergunta 10 - Que pode fazer um professor que tem na sala de aula uma criança/jovem com PHDA

Analisando-se os dados expostos no Quadro 22 e respetivo Gráfico, constata-se que, segundo os inquiridos, se pode encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola (M=6,25); seguindo-se as opções de encaminhar o aluno para o apoio educativo (M=5,24); adaptar do contexto físico da sala de aula (M=4,97); manter um contacto mais frequente com a família (M=3,50); adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula (M=3,48). As restantes opções situam-se entre os valores médios de 3,42 e 2,22, correspondendo este último valor à opção encaminhar

para um técnico especializado, significando que foi a menos significativa para os professores inquiridos.

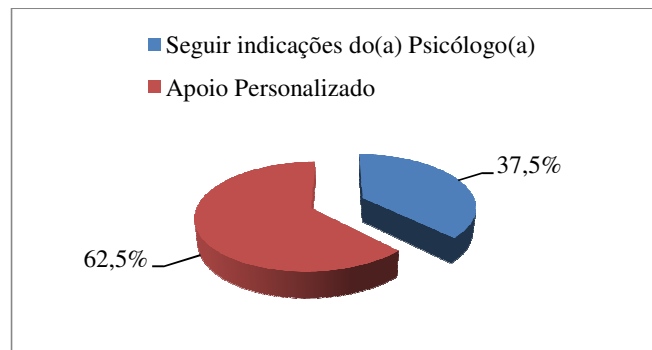
Gráfico 21 - Que pode fazer um professor que tem na sala de aula uma criança/jovem com PHDA



### Pergunta 12 - Forma de intervenção com aluno com PHDA

Quanto à forma de intervenção com o aluno, mais de metade da amostra não respondeu a esta questão (86,7%), 62,5% referiu o apoio personalizado e 37,5% referiu seguir as indicações do(a) Psicólogo(a) (cf. Quadro 22 e Gráfico 22).

Gráfico 22 - Forma de intervenção com aluno com PHDA



## **ii. Análise inferencial**

### Pergunta 11.- Possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar

H<sub>1</sub> - A formação dos professores influencia estatisticamente a sua percepção sobre as estratégias de intervenção com alunos com PHDA.

Para verificar a existência de uma influência da formação na escolha das estratégias de intervenção, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Analisando-se o Quadro 23, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas para as seguintes estratégias de intervenção: “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas” (mais frequentemente escolhida pelos professores com formação em E.F. e Geografia), “Sugerir à criança que relate o que está a fazer” (mais frequentemente escolhida pelos professores de Matemática e E.V.T.), “Repreensões para comportamentos impróprios” (mais frequentemente escolhida pelos professores com formação em 1º Ciclo E.B., Inglês/Português, Português/Francês, e E.V.T.), “Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno” (mais frequentemente escolhida pelos professores com formação em Inglês/Português, Português/Francês e E.V.T.) e “Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para a avaliação do mesmo esse comportamento” (mais frequentemente escolhida pelos professores com formação em 1º Ciclo E.B., E.F., E.V.T., Geografia), ou seja, aceita-se a hipótese formulada para estes itens.

### Estratégias de Intervenção/Género

H<sub>2</sub> – O género dos professores influencia estatisticamente a sua percepção sobre as estratégias de intervenção com alunos com PHDA.

Com o intuito de se compreender a influência do género na escolha das estratégias de intervenção, utilizou-se o T-Teste (cf. Quadro 24). Observou-se que, no cruzamento entre o género e as diversas estratégias de intervenção, apenas se obteve resultados estatisticamente significativos para as seguintes estratégias: “Recompensas sociais”, “Recompensas materiais”, “Supervisão frequente do trabalho”, “Preparar um

“canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário” e “Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo” (mais frequentemente escolhidas pelas professoras), “Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno” e “Dar conhecimento ao Diretor de Turma acerca do mau comportamento do aluno” (mais frequentemente escolhidas pelos professores), tendo o valor de p-value sido  $< 0,50$ , resultando na aceitação da hipótese formulada para as mesmas.

Porém, no que toca as restantes estratégias de intervenção pode-se referir que para as mesmas não se obtiveram resultados estatisticamente significativos, levando assim, para estas, à rejeição da hipótese enunciada.

#### Estratégias de Intervenção/Anos de Lecionação

H<sub>3</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de lecionação e a percepção que os professores têm acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA.

Para conhecer a influência dos anos de lecionação na escolha das estratégias de intervenção, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Observando-se o Quadro 25, conclui-se que se obteve diferenças estatisticamente significativas nas estratégias “Recompensas Sociais” (mais frequentemente escolhido pelos professores com menos anos de serviço) e “Reprimendas verbais” (mais frequentemente escolhido pelos professores entre 31 e 40 anos de serviço), sendo que para estas se aceita a hipótese formulada. Relativamente às estratégias de intervenção não referidas anteriormente, pode-se concluir que estas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se a hipótese para as mesmas.

#### Estratégias de Intervenção/Idade

H<sub>4</sub> – A idade dos professores influencia estatisticamente as suas percepções acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA.

De forma a verificar-se se há influência da idade e nas estratégias de intervenção, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Com base na análise do Quadro 26, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na seguinte estratégia: “Reprimendas verbais” (mais escolhido pelos professores mais jovens), aceitando-se, assim, a hipótese enunciada apenas para este item.

Como os restantes itens apresentam valores de  $p > 0,050$ , rejeita-se a hipótese formulada, significando que a idade não é uma variável que interfere nas percepções que os professores têm acerca das restantes estratégias de intervenção apresentadas.

#### Estratégias de Intervenção/Nível Académico

H<sub>5</sub> - Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível académico dos professores e as suas percepções acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA.

De forma a compreender a relação entre o nível académico e as estratégias de intervenção, utilizou-se o T-Teste. Assim os resultados obtidos (cf. Quadro 27) demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o nível académico não interfere nas estratégias de intervenção, logo rejeita-se a hipótese formulada. É, no entanto, discutível esta conclusão dada a exiguidade de diferenciação da amostra quanto a este critério.

#### Estratégias de Intervenção/Situação Profissional

H<sub>6</sub> - A situação profissional dos professores interfere de forma estatisticamente significativa nas suas percepções acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA.

Com o intuito de se verificar a existência de uma influência da situação profissional na escolha das estratégias de intervenção, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Os dados expostos no Quadro 28 demonstram que se obteve diferenças estatisticamente significativas nas seguintes estratégias: “Time-out” (mais escolhida

pelos professores contratados) e “Colocar lembretes na carteira do aluno” (mais escolhida pelos professores Efetivos). Face ao exposto, aceita-se a hipótese referida para estas estratégias. Como não se encontraram valores de  $p < 0,50$  nas restantes estratégias, rejeita-se para elas a hipótese enunciada.

#### Estratégias de intervenção/Ano Escola que Leciona

H<sub>7</sub> – O ano escolar lecionado influencia estatisticamente as perceções dos professores acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA;

Com o intuito de se verificar a existência de uma influência do ano escolar lecionado pelos sujeitos da amostra nas estratégias de intervenção escolhidas, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Deste modo, os resultados expostos no Quadro 29 demonstram que se obteve diferenças estatisticamente significativas na estratégia “Recompensas Materiais” e “Ameaçar o aluno” (mais escolhidas pelos professores respetivamente lecionando o 4º ano ou o 2º Ciclo), aceitando-se unicamente a hipótese formulada para esta estratégia. Tendo-se em conta que nas restantes estratégias o valor de  $p > 0,50$ , rejeita-se a hipótese formulada para estas, significando que a variável ano de leção não interfere na opinião dos sujeitos da amostra quanto às estratégias de intervenção com alunos com PHDA.

#### Estratégias de intervenção/Crianças com PHDA

H<sub>8</sub> – O facto de os professores trabalharem com alunos com PHDA influencia estatisticamente as suas perceções acerca das estratégias de intervenção nestes alunos.

Para se compreender se o facto de os professores trabalharem com alunos com PHDA influencia estatisticamente as suas perceções acerca das estratégias de intervenção nestes alunos, utilizou-se o T-Teste (cf. Quadro 30).

Ao realizar-se o cruzamento as duas variáveis em questão, verificou-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas para as seguintes estratégias: “Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala”(mais escolhida por quem não trabalha com alunos com PHDA) e “Informar o Encarregado de Educação acerca do

mau comportamento do aluno” (mais escolhida por quem trabalha com alunos com PHDA). Posto isto, podemos concluir que apenas se aceita a hipótese formulada para estas estratégias de intervenção.

## **2. Discussão dos resultados**

Realizada a análise aos dados recolhidos, passamos à interpretação dos mesmos. O ponto de partida para a realização deste trabalho de investigação empírica foi a elaboração dos objetivos de investigação, para os quais pretendemos obter respostas com a interpretação dos dados recolhidos e analisados.

Começa-se por dizer que se verificou que poucos são os professores inquiridos (27,1%) que têm crianças com PHDA na sua sala de aulas, dos quais, a maioria possui um aluno (73,3%).

No que se refere às características que levaram os respondentes a suspeitarem de uma situação de PHDA, verificou-se que a maioria dos professores (30%) teve em conta: o déficit de atenção, a hiperatividade, a impulsividade, o déficit de atenção / hiperatividade e o déficit de atenção / impulsividade. No estudo de Lourenço (2009), as características mais valorizadas pelos participantes do seu estudo foram o déficit de atenção e a impulsividade.

Estes resultados demonstram que estes professores têm conhecimento acerca das características da PHDA, conforme é relatado pelos autores expostos na revisão bibliográfica deste trabalho. A este propósito, Ross e Ross (1982, cit. por Lopes, 1998) referem que a PHDA se trata de um conjunto de distúrbios de comportamento heterogêneos, cujo problema principal é o elevado nível de atividade em ocasiões inapropriadas. Os distúrbios variam de leves a graves e manifestam todos ou só em alguns dos seguintes comportamentos: hiperatividade, curta duração de atenção, facilidade de distração, impulsividade, labilidade emocional, pouca tolerância de frustrações, agressividade, atitude destrutiva, impulsividade, resultados escolares fracos e dificuldades de relações com os pares.

No que se refere às características que perturbam mais as crianças com PHDA, constatou-se que a maioria dos respondentes optou pelo seguinte conjunto de cinco características: tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; 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); distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; anda ou atua como se estivesse sempre ligado a um motor. Uma vez mais se pode referir que as características apontadas pela maioria dos professores inquiridos corroboram os vários autores expostos na fundamentação teórica. Ou seja, os mesmos apontam para distúrbios a nível comportamental, académicos, relacionais e emocionais, devido essencialmente à hiperatividade e falta de atenção dos alunos (Parker, 2003; Lopes, 2004).

Esta perturbação pode manifestar-se muito precocemente, causando, em regra, mais problemas na escola, contexto em que o controlo da atenção e da atividade são de extrema importância para a aprendizagem académica e a integração social e educativa das crianças (Parker, 2003).

Quanto às causas de PHDA, os dados empíricos revelaram que a maioria dos respondentes referiu como principal causa os fatores genéticos (25,0%), seguidos pelos sujeitos que referiram os fatores biológicos numa percentagem de 18,3% e também com uma percentagem significativa os sujeitos que referiram os fatores ambientais e o excesso de TV e de Play-Station como principais causas de PHDA numa percentagem de 10,0%. Estas últimas “causas” não fazem parte da etiologia referida na literatura específica.

Os resultados encontrados no presente estudo são idênticos aos de Lourenço (2009), pois, de acordo com a mesma autora, a maioria dos participantes do seu estudo considera que são os fatores genéticos a causa principal desta perturbação, seguindo-se os fatores biológicos e depois os fatores ambientais, revelando um bom conhecimento neste aspeto.

Rief (2000), à semelhança da maior parte dos especialistas neste campo, considera que as desordens causadas pela PHDA são neurobiológicas caracterizadas, em termos desenvolvimentais, por níveis anormais de desatenção, impulsividade e hiperatividade. A PHDA é frequentemente descrita pela comunidade médica/científica como uma “perturbação neuro comportamental” (Boavida, 2003) ou “ineficácia neurológica”, implicando também fatores genéticos/hereditários (Rief, 2000) na área do cérebro que controla os impulsos, avalia os estímulos sensoriais e foca a atenção. O mesmo autor refere que a PHDA é vista como uma desordem biológica caracterizada

por um desequilíbrio químico, ou uma deficiência em certos químicos, chamados neurotransmissores, na área do cérebro, responsável pela atenção e pela atividade, bem como pela capacidade de inibir ou controlar comportamentos.

De acordo com os dados apurados, pode dizer-se que os professores inquiridos possuem alguma informação relativamente à PHDA, sugerindo que, de uma maneira geral, os mesmos demonstram algum conhecimento em relação à PHDA, tendo estes dados sido consonantes com os de Lourenço (2009).

Quando questionados sobre o facto de esta perturbação desaparecer com o tempo, 81,4%, ou seja, bastante mais de metade da amostra respondeu negativamente. A este respeito, salienta-se que Lourenço (2009) obteve resultados contrários, pois, em relação à evolução da PHDA, constatou que a maioria dos participantes do seu estudo considera que a PHDA não desaparece com o tempo.

Neste seguimento e em conformidade com Lopes (2004), pode dizer-se que os efeitos da PHDA podem ser atenuados consideravelmente com recurso ao tratamento médico-farmacológico e a medidas não farmacológicas, tais como: massagem; psicomotricidade; técnicas de relaxamento; terapia comportamental e terapia cognitivo-comportamental. Contudo, tem de haver um diagnóstico e intervenção precoce, o que deve acontecer desde a idade pré-escolar, onde se começam a notar as diferenças de comportamento entre as crianças que têm PHDA e as que não têm este tipo de perturbação (Garcia, 2001).

Constatou-se que 20,0% dos respondentes referiram que o diagnóstico de PHDA deve ser feito pelo Psicólogo, 16,7% é de opinião que este deve ser feito pelo Psicólogo e pelo Professor de Educação Especial. Fazendo-se uma comparação com os resultados obtidos por Lourenço (2009), há uma igualdade de respostas, ou seja, os seus participantes também consideram que deve ser o Psicólogo a realizar o diagnóstico, aludindo, seguidamente, ao médico, contrariamente aos sujeitos da mostra em estudo que referiram o Professor de Educação Especial.

Estes dados poderão ser explicados com o facto de os critérios de diagnóstico para a PHDA, segundo o DSM-IV-TR (2002), terem de seguir determinados critérios rigorosos, o que implica um trabalho desenvolvido por profissionais capazes de fazerem um diagnóstico correto. Estes resultados corroboram os de Lourenço (2009), uma vez que, no seu estudo, é referida a necessidade de ajuda de outros profissionais, para ajudarem no diagnóstico/intervenção das crianças com PHDA.

Em relação ao facto de poderem ou não existir outros problemas associados à PHDA, observou-se que 71,7% dos respondentes escolhem o sim, tendo apontado: a dificuldade na relação com os pares; comportamentos de agressividade e oposição e baixa autoestima. Estes resultados estão em consonância com os de Lourenço (2009).

A dúvida a respeito da causa real do comportamento de uma criança com PHDA é muito comum. A razão dessa dúvida radica nos vários problemas que provocam sintomas idênticos aos da PHDA. Essas perturbações também ocorrem simultaneamente com a PHDA - as chamadas comorbilidades - e devem ser tratadas simultaneamente, embora de maneira diferente e específica de acordo com as recomendações próprias para cada um (Lopes, 2004).

Fonseca (1998) mostrou que 64% das crianças hiperativas apresentavam perturbações do comportamento ou de oposição. Existem neste campo bastantes estudos que apontam para problemas de relacionamento interpessoal, de percepção social, de autoimagem e de integração social das crianças que exibem problemas de comportamento, em geral e das crianças hiperativas, em particular (Lopes, 1998). Daí a importância da intervenção precoce para minimizar as consequências da PHDA e possibilitar uma boa qualidade de vida a estas crianças.

O conceito de comorbilidade não implica necessariamente uma relação de causalidade e interdependência entre as diferentes perturbações coexistentes, mas há a referência de alta probabilidade de associação das ditas patologias na mesma criança. Segundo Fonseca (1998), a coexistência de hiperatividade com os distúrbios do comportamento tem sido constatada em resultados de muitos estudos realizados. A presença de outros distúrbios psiquiátricos associados dificulta muito o prognóstico da PHDA. Daí as revisões sucessivas de critérios diagnósticos, em que os critérios de diagnóstico das 'variantes' e 'subtipos' de PHDA, segundo McBurnett, Lahey e Pffifner (cit. in Jones, 2004), aparecem e desaparecem, simplesmente para voltarem a aparecer.

Em conformidade com os dados obtidos, pode dizer-se que as formas de intervenção mais benéfica para a criança com PHDA, segundo os professores inquiridos, tendo em conta as médias mais elevadas, são as seguintes, lendo-as por ordem decrescente: terapia familiar (M=3,92), apoio escolar/académico (M=3,89); medicação (M=3,57); colaboração pais/escola (M=2,95); introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula (M=2,80); técnicas comportamentais e cognitivas

em contexto clínico ( $M=2,73$ ). Estes resultados corroboram o exposto na revisão da literatura deste trabalho.

Comprando os resultados obtidos com os de Lourenço (2009), pode dizer-se que não há unanimidade, dado que, no seu estudo, a participação pais/escola foi tida como a intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA. Salienta-se que no seu estudo se seguiu o recurso à introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula, contrariamente ao que aconteceu nesta investigação, pois esta intervenção obteve um valor médio baixo.

Tendo como objetivo reduzir e controlar o comportamento das crianças com PHDA, é imprescindível que na escola os professores adotem atitudes favoráveis e positivas. Como a PHDA pressupõe não apenas um desajuste do comportamento da criança, mas também das suas aprendizagens, os programas de tratamento devem visar tanto o progresso académico, como a diminuição da sintomatologia comportamental, mas dando prioridade ao primeiro aspeto. Investigadores como Ross, Keogh, DuPaul e Stoner, referenciados por Jones (2004), defendem e documentam a sobreposição entre a PHDA e as dificuldades de aprendizagem.

Os alunos com PHDA, pelos motivos já citados, apresentam alguns problemas de aprendizagem requerendo na maior parte dos casos instrução remediativa ou apoio escolar acrescido. Contudo, paralelamente ao trabalho sala de aulas, há que, da parte de toda a comunidade escolar, introduzir métodos diversos de prevenção e de intervenção, conforme perceberam os sujeitos da amostra.

Constatou-se que, na globalidade, os professores inquiridos referem que se pode encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola ( $M=6,25$ ); seguindo-se as opções de encaminhar o aluno para o apoio educativo ( $M=5,24$ ); adaptar o contexto físico da sala de aula ( $M=4,97$ ); manter um contacto mais frequente com a família ( $M=3,50$ ); adaptar a forma como apresentar os conteúdos na sala de aula ( $M=3,48$ ). As restantes opções situam-se entre os valores médios de 3,42 e 2,22, correspondendo este último valor à opção encaminhar para um técnico especializado, significando que foi a menos significativa para os professores inquiridos.

Quanto à forma de intervenção com o aluno, constatou-se que 62,5% dos respondentes referiram o apoio personalizado e 37,5% referiram seguir as indicações do(a) Psicólogo(a). Sobre a atitude a tomar pelo professor quando tem uma criança com PHDA na sala de aula, os participantes do estudo de Lourenço (2009) também

consideraram como prioritário encaminhar para um técnico, o que também é uma atitude bastante valorizada pelos participantes da presente investigação.

Os resultados sugerem que, nos dois estudos em comparação, os participantes atribuem muita importância à intervenção de um técnico especializado no apoio às crianças com esta problemática e ao ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.

Estas opiniões são denotativas das várias possibilidades de intervenção em crianças com PHDA, o que requer que a escola disponha de recursos físicos e humanos para que se possa intervir atempada e adequadamente a cada criança com esta síndrome.

É imprescindível que o professor conheça o historial da criança e as suas características particulares e possua conhecimento teórico sobre a PHDA. Deste modo, a sua intervenção deve facilitar a aprendizagem do aluno, recorrendo a técnicas consideradas eficazes, o que deve ser orientado para a melhoria do ensino.

Estes resultados vão ao encontro do referido por Barkley (2002), segundo o qual, o professor deve ser capaz de identificar a problemática, definir estratégias, adequar as práticas pedagógicas, de forma a minimizar as adversidades sentidas por estes alunos na sala de aula. As estratégias devem ser definidas através da coordenação de esforços com uma equipa multidisciplinar. Só assim será possível a ativação do desenvolvimento psicológico dessas crianças.

No que se refere aos resultados da análise inferencial, confirmaram-se as hipóteses formuladas, à exceção da H5, uma vez que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o nível académico dos professores e as suas percepções acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA, o que significa que, na globalidade, os professores, independentemente das suas habilitações literárias se revelam concordantes com várias das intervenções referidas na escala do questionário, como, por exemplo, as recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...) e materiais (comestíveis e não comestíveis), ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...); *time-out* (tempo de afastamento da turma); organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor); atribuir tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas; sugerir à criança que relate o que está a fazer; supervisão frequente do trabalho do aluno; recurso ao *biofeedback*: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz; organizar

uma folha de registo para anotar os progressos do aluno; estabelecimento de regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala; informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno, entre outras. Os resultados obtidos revelam no entanto que as estratégias especificadas são escolhidas com mais ou menos frequência consoante o perfil e condições de trabalho do professor.

Estes resultados sugerem que os professores procuram adaptar as práticas/estratégias de intervenção, no contexto sala de aula, às características das turmas e dos alunos, mas que o seu próprio perfil tem significativa importância naquela escolha. As crianças com PHDA frequentemente têm dificuldades nas áreas das relações interpessoais, do comportamento, do desempenho escolar e, conseqüentemente, no sucesso académico. Como tal, promover o sucesso escolar exige uma variedade de estratégias comportamentais e de ensino, visando a prevenção e controlo dos problemas nessas áreas. Nesse sentido é imprescindível que a intervenção se oriente para a facilitação da aprendizagem desses alunos com técnicas consideradas eficazes para melhorar o processo de ensino e aprendizagem, geralmente conhecidas como estratégias remediativas, uma vez que já se parte de problemas existentes. Caso as dificuldades não tenham atingido níveis de gravidade consideráveis, mas haja indicações de que para aí convergem, é igualmente relevante tomar medidas preventivas (Du Paul e Stoner, 2007).

Para que os alunos com PHDA aperfeiçoem ou remedeiem as suas competências escolares básicas, aprendam a ler, escrever, fazer cálculos matemáticos e a gerir a sua aprendizagem, requerem, frequentemente, o recurso à instrução remediativa, apoios escolares suplementares, tutoria e acompanhamento psicológico, para que se possa ajudar o aluno a libertar o seu excesso de energia e a promover a sua autoestima.

Como refere Wolf (2004), mais do que fornecer-lhes tudo isto, paralelamente ao processo de ensino e aprendizagem dito normal, da parte de todos os professores e outros profissionais da escola – como é exemplo o professor de Educação Especial - há que introduzir diversas estratégias de prevenção e de intervenção, subordinadas aos seguintes princípios: a) promoção de ensino ativo e contínuo de normas e regras, relativas a comportamentos apropriados; b) distinção e fixação de níveis e contingências a essas normas e regras, adaptando as expectativas do pessoal da escola a eles; c) modificação dos currículos escolares e das normas de avaliação, de maneira a ir ao encontro dos seus problemas e a evitar frustrações e desmotivações, com fito de

melhorar os resultados e níveis de aprendizagem; d) monitorização e supervisão contínua da aprendizagem nas áreas de leitura, escrita e matemática, ou noutras áreas curriculares; e) fomentar a independência dos alunos, ensinando-os a organizar as matérias escolares e a adotar estratégias adequadas de estudo e de trabalho.

Neste contexto, o professor deve modificar a sua forma de explicar saberes, de modo a despertar a atenção da criança e facilitar o processo de ensino e aprendizagem. O recurso a intervenções adaptadas e ajustadas a cada caso podem prevenir comportamentos inadaptados e remediar os já existentes. A sua aplicação exige conhecimento, aceitação e prática por parte dos professores que, não os possuindo, necessitarão de formação contínua (Lourenço, 2009).

Assim sendo, deve-se intervir o mais precocemente possível de forma a minorar os efeitos negativos e estabelecer estratégias que permitam ajustar o comportamento das crianças aos objetivos do processo de ensino e aprendizagem, tentando promover o equilíbrio emocional e um melhor desempenho académico do aluno (Du Paul e Stoner, 2007; Polis, 2008).

## IV – CONCLUSÕES

Ao percorrer-se os caminhos históricos da Educação Especial, concluiu-se que este é um conceito que estivesse sempre associado à diferença, quer das pessoas, das atitudes e dos métodos empregues. O próprio termo Educação Especial tem sido vulgarmente utilizado para designar uma atividade educativa diferente da exercida no sistema educativo geral ou normal. Só por volta dos finais dos anos 70 é começaram a delinear-se novas representações da sociedade encarando de outro modo a pessoa “diferente”. É nesta altura que o conceito de Educação Especial sofre uma evolução e começa a ser definido como um conjunto de adaptações e apoios que o sistema educativo regular necessita possuir para ajudar os alunos no seu processo de ensino aprendizagem.

Em 1994 na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, em Salamanca, assina-se uma nova declaração de princípios que configuram o novo cenário de inclusão, que tem como princípio fundamental a proposta de que

“todos os alunos devem aprender juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentam. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respetivas comunidades” (Declaração de Salamanca, UNESCO, 1994).

Esta nova conceptualização da inclusão leva a Educação Especial ao equacionamento de uma escola aberta à diversidade, que procura criar condições favorecedoras do desenvolvimento para todos os alunos, sejam quais forem as suas características individuais e do ambiente (Rodrigues, 2002).

O conceito de inclusão está integrado num conceito mais amplo, o de sociedade inclusiva, onde todo o cidadão, é cidadão de pleno direito, não pela sua igualdade, mas pela aceitação da sua diferença (Declaração de Salamanca, UNESCO, 1994). Entende-se que inclusão e participação são essenciais à dignidade e ao pleno exercício dos direitos humanos.

No panorama nacional tem-se operado também a evolução da Educação Especial, com expressão na publicação de documentos legislativos, onde se destaca o

Decreto-Lei nº3/2008, que sustenta e promove a igualdade de direitos das pessoas com NEE e a sua inclusão no ensino regular.

A oportunidade de integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, como é o caso das percepções dos professores dos 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico de Rabo de Peixe acerca dos alunos com PHDA e sobre o impacto da presença desses alunos na sua intervenção pedagógica, reforçou a capacidade de aprofundar o tema em questão.

De acordo com Razer (2001), a PHDA não é uma lesão, mas apenas uma disfunção na produção ou ação de neurotransmissores responsáveis pela atenção. As áreas do cérebro mais afetadas, segundo hipóteses científicas, são os lobos frontais responsáveis pela auto-organização, planeamento, crítica, censura, atenção e concentração. Para Sauvé (2006, p.20), é considerada como “uma síndrome neurológica que deriva de uma perturbação neuroquímica, que comporta três características principais: uma atenção inconstante, impulsividade verbal, motora e social e ainda hiperatividade”.

Verificou-se, através do quadro conceitual, que a criança com PHDA tem dificuldade em manter a qualidade da sua atenção e modulá-la, de forma apropriada, do princípio ao fim de uma tarefa ou atividade. Deixa-se cativar por tudo o que a circunda, menos pelo que é essencial. Fala e age sem refletir e não compreende a relação entre os atos que realiza e as suas consequências. Mexe-se exageradamente, sobretudo com mãos, pés ou boca (através de palavras ou sons), frequentemente sem razão, e em vários contextos (em casa, na escola). Agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, são algumas das características atribuídas a estas crianças (Lopes, 2004).

Os resultados do estudo empírico, obtidos por aplicação de um questionário a 60 professores, demonstraram que, embora mais de metade dos respondentes afirmasse possuir pouca informação sobre a PHDA, havendo quem afirmasse não possuir nenhuma informação, os mesmos revelam, na generalidade, conhecimentos sobre as causas, características e diagnóstico da PHDA. Os mesmos demonstram ter conhecimentos acerca das possíveis intervenções no contexto de sala de aula e fora da mesma para o apoio a crianças com esta síndrome, através da implementação de um conjunto de estratégias e técnicas pedagógicas que permitirão à criança com PHDA ter

melhores respostas de aprendizagem, tais como: encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola, encaminhar para o apoio educativo, adaptar o contexto físico da sala de aula, manter um contacto mais frequente com a família, adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula, ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.

De facto, a literatura atual faz referência à necessidade de se introduzirem estratégias e adaptações nos métodos de ensino, adequações curriculares individuais e adequações no processo de avaliação validadas pelos autores, consideradas eficazes com alunos com PHDA (Du Paul e Stoner, 2007).

Verificou-se que a escolha de certas estratégias, por parte dos professores é diferenciada consoante o seu perfil (formação, área de lecionação, género, tempo de serviço, idade, situação profissional, ano que lecionam e trabalhar ou não crianças com PHDA).

Para a realização do presente estudo, procurou-se seguir os passos previstos no tipo de investigação quantitativo. No entanto, é possível identificar algumas limitações que serão de certeza consideradas em futuras linhas de investigação. As conclusões obtidas não são passíveis de ser generalizadas à população portuguesa, uma vez que a amostra é pequena (60 professores) e contextualmente insuficientemente diversificada, nomeadamente numa zona geográfica restrita.

No entanto e ressalvando estas limitações, consideram-se atingidos os objetivos assumidos.

## BIBLIOGRAFIA

- Ainscow, M. & Ferreira, W. (2003). Compreendendo a educação inclusiva. Algumas reflexões sobre experiências internacionais. In David Rodrigues (org). *Perspectivas sobre a inclusão. Da educação à sociedade*. (pp.111-141). Porto: Porto Editora.
- Ainscow, M. (1995). *Necesidades especiales en la aula: guía para la formación del profesorado*. Madrid: Nancea.
- Ainscow, M. (2000). The next step for special education: supporting the development of inclusive practices. *British Journal of Special Education*, 27 (2), 76-80.
- Ainscow, M. (2005). Understanding the development of inclusive education system. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3 (3), 5-20.
- Ainscow, M.; Porter, G. & Wang, M. (1997). *Caminhos para as Escolas Inclusivas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, J. (2005). Ambientes inclusivos: as pessoas com deficiência e as empresas. In *Atas do Encontro Internacional de Educação Especial. Diferenciação do Conceito à Prática*. Porto: ESE PF.
- Bairrão, J., Pereira, F., Felgueiras, I., Fontes, P. & Vilhena, C. (1998). *Os Alunos com Necessidades Educativas Especiais: Subsídios para o Sistema de Educação*. Lisboa: CNE.
- Baptista, J. (2008). *Os surdos na escola. A exclusão pela inclusão*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.
- Baptista, J. (2011). *Introdução às Ciências da Educação: temas e problemas da educação inclusiva*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Barkley, R. A. (2002). *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guildford Press.
- Barroso, J. (2003). Fatores organizacionais da exclusão escolar. A inclusão exclusiva. In D. Rodrigues (org.) *Perspetivas sobre a inclusão. Da educação à sociedade*. (pp.25-36). Porto: Porto Editora.

- Bautista, R (1997). Uma escola para todos: integração escolar. In Bautista R. *Necessidades educativas Especiais*. (pp 21-35). Lisboa: Dinalivro
- Booth, T. & Ainscow, M. (2000). *Índex for Inclusion: Developing Learning and Participation in Schools*. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education.
- Cabral, P. (2003). Socorro, tenho um filho hiperativo. *Revista Pais & Filhos*. Disponível em: [www.externatodaluz.com](http://www.externatodaluz.com). Consultado a 12 de junho, de 2012.
- Camacho, O. (2004) Atenção à diversidade e educação especial. In C. Strobaus & J. Camilo: Centro de Convenções.
- Capucha, L. (2008). *Educação Especial. Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação, DGIDC.
- Capucha, L. (2009). *Inovação e Justiça. Políticas ativas para a inclusão educativa. Seminário Internacional Educação Inclusiva – Impacto dos Referenciais Internacionais nas Políticas, nas Práticas e na Formação*. Lisboa: DGIDC.
- César, M., & Oliveira, I. (2005). The Curriculum as a Mediating Tool for Inclusive Participation: A Case Study in a Portuguese Multicultural School. *European Journal of Psychology of Education*, 20 (1), 29-34.
- Clark, C., Dyson, A., Millward, A. & Robson, S. (1999). Theories of Inclusion, Theories of Schools: Deconstructing and Reconstructing the “Inclusive School”. *British Educational Research Journal*, 25(2), 157-177.
- Clark, C., Dyson, A., Millward, A., & Skidmore, D. (1997). *Vew Direction in Special Needs. Innovations in Mainstream Schools*. London: Cassel.
- Cónego, P. (1999) Integração Profissional de jovens com deficiência mental. *Dissertação de mestrado em Ativação e Desenvolvimento Psicológico*. Universidade de Aveiro (Trabalho não publicado).
- Conselho Europa (1996). Carta Social Europeia. Estrasburgo. <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais>. Consultado em 24 de agosto 2012.
- Cooney, B. (2002). Exploring perspectives on transition of youth with disabilities: Voices of young adults, parents, and professionals. *Mental Retardation*, 40, 425-435.

- Correia, L. & Cabral, M. (1999), Da exclusão à segregação. In *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. (pp.13-15). Porto: Porto Editora.
- Correia, L. & Martins, A. (2000) Uma escola para todos: Atitudes dos professores perante a inclusão, *Revista Inclusão*, 1, pp. 8-12.
- Correia, L. (1991). *Dificuldades de Aprendizagem: Contributos para a Clarificação e Unificação de Conceitos*. Porto: APPORT.
- Correia, L. (1997). Colaboração. Um pressuposto para o êxito da inclusão. *O Docente, edição especial*, pp. 9-11.
- Correia, L. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2003) *Educação Especial e Inclusão: Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2008). *A escola contemporânea e a inclusão de alunos com NEE*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L., & Lavrador R. (2010). *A Utilidade da CIF em Educação - Um Estudo Exploratório*. Lisboa: EE/DPEEE. Instituto de Educação da Universidade do Minho.
- Cortesão, L. (2000). *Ser professor um ofício em risco de extinção? Reflexão sobre práticas educativas face á diversidade, no limiar do séc. XXI*. Porto: Afrontamento.
- Costa, A, A. Leitão, F., Santos J., Pinto, J.& Fino, N., (2000) *Currículos Funcionais – Conjunto de Materiais para a Formação de Professores* Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Costa, A. (1996). Escola Inclusiva: do Conceito à Prática. *Inovação*. 9, pp. 151-163.
- Costa, A. (1997). *Caminhos para as escolas inclusivas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Costa, A. (1999). Uma Educação Inclusiva a Partir da Escola que Temos. In Conselho Nacional de Educação (Ed.). *Uma Educação Inclusiva a Partir da Escola que Temos* (pp. 25-36). Lisboa: Ministério da Educação.

Costa, A. (2004). *Educação e Transição para a vida pós – escolar de alunos com deficiência intelectual acentuada: caracterização das respostas educativas proporcionadas aos alunos do 2º e 3º ciclo com currículos alternativos ao abrigo do DL 319/91*. Lisboa Ministério da Educação.

Costa, A. (2006a). A Educação Inclusiva dez anos após a Declaração de Salamanca: Reflexões sobre o caminho percorrido. In D. Rodrigues (ed). *Educação Inclusiva – Estamos a fazer progressos?* (pp.12-29) *Fórum de estudos de educação inclusiva*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Costa, A. (2006b). Currículo funcional no contexto da escola inclusiva. *Rede inclusão*. [web.ua.pt/files/fl\\_46.pdf](http://web.ua.pt/files/fl_46.pdf) Consultado em 15 de Maio de 2011.

Costa, A., .A, Leitão; F., Santos J.; Pinto, J. & Fino, N. (1997). *Currículos Funcionais – Instrumentos para o desenvolvimento e aplicação*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

DeStefano, L., Heck, D., Hasazi, S. & Furney, K. (1999). Enhancing the implementation of the transition requirements of IDEA: A report on the policy forum on transition. *Career Development for Exceptional Individuals*, 22(1), pp. 65-100.

Direção Geral de Ensino Básico e Secundário (DGEBS) (1992). *A educação de crianças e jovens com necessidades educativas especiais*. Lisboa: Ministério da Educação.

Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (2005). *Guia Orientador de Apoio ao Processo de Elegibilidade para Efeitos de Aplicação de Medidas Especiais de Educação*. Lisboa: Ministério da Educação.

Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (2006). *Reorientação das escolas especiais em centros de recursos*. Lisboa: Ministério da Educação.

Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (2008). *Manual de apoio á Prática*. Lisboa: Ministério da Educação.

Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (2010). Apresentação Pública dos Resultados e Recomendações do Estudo “Avaliação Externa da Implementação do Decreto-Lei n.º 3/08, <http://sitio.dgipc.min-edu.pt/especial/Documents/Relatório%20Final.pdf> Consultado em 12 de Maio de 2012.

- Du Paul, G. J. & Stoner, G. (2007). *TDHA nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção*. São Paulo: M. Books.
- Dyson, A. & Millward, A. (2000). *Schools and Special Needs: Issues of Innovation and Inclusion*. London: Paul Chapman Publishing, Lda.
- EU (2003). Plano de Acção Europeu para a Deficiência, 2004-2010. [http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=pt&type\\_doc=COMfinal&an\\_doc=2003&nu\\_doc=65](http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=pt&type_doc=COMfinal&an_doc=2003&nu_doc=65). Consultado em 24 de agosto 2012.
- Evans, J., & Lunt, I. (2002). Inclusive Education: Are There Limits? *European Journal of Special Needs Education*, 17(1), 1-14.
- Falardeau, G. (1997). *As Crianças Hiperativas*. Lisboa: Edições CETOP
- Falardeau, G. (1997). *Crianças hiperativas. Coleção Viver hoje*. Editora Nem Martins.
- Fernandes, H. (2002). *Educação especial – Integração das crianças e Adaptação das Estruturas de Educação*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Fernandes, R. (2004). Nas origens do “Ensino Especial”; O primeiro instituto português de Surdos-Mudos e Cegos. In M. Felgueiras, M. Meneses & R. Fernandes (Org), *Questionar a sociedade, interrogar a história, (re) pensar a educação* (pp.705-729). Porto: Edições Afrontamento.
- Ferreira M. (2007). *Educação regular. Educação especial – Uma história de separação*. Porto: Ed. Afrontamento.
- Fischer, D., Roach, V. & Frey, N. (2002). Examining the General Programmatic Benefits of Inclusive Schools. *International Journal of Inclusive Education*, 6, pp. 63-78.
- Floyd, F. J., & Gallagher, E. M. (1997). Parental stress, care demands, and use of support services for school-age children with disabilities and behavior problems. *Family Relations*, 46, pp. 359 -371.
- Fonseca, V. (1989). *Desenvolvimento Humano, da Filogénese à Ontogénese da Motricidade*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1995). *Necessidades educativas especiais programa de estimulação precoce*. Lisboa: Notícias Editorial.

- Forlin, C. (2006). Inclusive Education in Australia Ten Years after Salamanca. *European Journal of Psychology of Education*, 21 (3), pp. 265-277.
- Fortin, M. (2009). *O processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Freire, S., & César, M. (2002). Evolution of the Portuguese Education System. A Deaf Child's Life in a Regular School: Is it Possible to Have Hope? *Educational and Child Psychology*, 19 (2), 76-79.
- Fullan, M. (2001). *The New Meaning of Educational Change*. London: Routledge Falmer.
- Garcia, E. (1988). Normalización e integración. J.Sanches (dir) *Manual de educación Especial*. (p.57-78).Madrid: Anaya.
- Garcia, I.M. (2001). *Hiperactividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: Mcgraw-Hill de Portugal.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Heacox, D (2006). *Diferenciação curricular na sala de aula. Como efectuar alterações curriculares para todos os alunos*. Porto: Porto Editora.
- Heward, W. (1998). *Niños excepcionales: una introducción a la educación especial*. Madrid: Prentice-Hall.
- Hill M. ; Hill A. (2009). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Jenaro, C. (2003). Nuevos planteamientos en la integración de personas com necesidades educativas especiales. M.Verdugo & B. Jordan (org.). *Investigación, innovación y cambio*.(pp. 31-45). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Jesus, S., & Martins, M. (2000) (Org.). Escola Inclusiva e Apoios Educativos. *Cadernos CRIAP*. 11, 5-9. Porto: Asa Editores II.
- Jiménez, R. (1997). Educação Especial e Reforma Educativa. In R. Bautista (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 9-19). Lisboa: Dinalivro.
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1), pp. 11-22.

- Lieberman, L.M. (2003). Preservar a educação especial...para aqueles necessitam. In Correia L.M., *Educação Especial e Inclusão – quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo.* (pp. 89-107) Porto: Porto Editora.
- Lima-Rodrigues, L; Ferreira, A; Trindade, A.; Rodrigues; D., Colôa; J.; Nogueira J. & Magalhães, M. (2007). *Percursos de Educação Inclusiva em Portugal: Dez Estudos de Caso.* Lisboa: Fórum de Estudos de Educação Inclusiva.
- Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperativo de défice de Atenção em contexto de sala de aula. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e da adolescência.* Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Lopes, J. (2004). *A hiperatividade.* Coimbra: Editora Quarteto.
- Lopes, M. (1997). *A Educação Especial em Portugal.* Braga: Edições APPACDM.
- Lourenço, A. (2009). *Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto escolar: estudo comparativo das perceções e atitudes dos professores do 1º, 2º e 3º Ciclo.* Dissertação apresentada ao Departamento de Educação Especial da Universidade Técnica de Lisboa para obtenção do grau de mestre orientada por Ana Rodrigues. Lisboa.
- Louro, C. (2001). *Acção Social na Deficiência.* Lisboa: Universidade Aberta.
- Louro, C. (2005). *Guia do Principiante para uma Linguagem comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.* Lisboa: Cadernos SNR.
- Madureira, I. & Leite, T. (2003). *Necessidades Educativas Especiais.* Lisboa: Universidade Aberta.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica.* São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Martins, L. (2001). *Educação integrada do portador de deficiência Mental. Pontos de Reflexão.* Lisboa: Dinalivro.
- Martins, M. (2000). Importância dos Aspetos Socio-Relacionais em Jovens com Deficiência Mental em Fase de Transição para a Vida Ativa. *Revista de Educação Especial e Reabilitação* 1, 99-120.
- Meijer, C. (2004). *Educação inclusiva e práticas de sala de aula. Relatório síntese.*
- Mittler, P. (2003). *Educação Inclusiva: Contextos Sociais.* Porto Alegre: Art Med.

- Moltó, M. (2005). *Diversidad y educación inclusiva*. Madrid: Prentice Hall.
- Monroy, A. (2003). *Práticas educativas para a educação do jovem com deficiência mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Niza, S. (2004). *Escola Inclusiva Evolução e Perspetivas*. 1º Seminário sobre cidadania e direito à inclusão. Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias, 21 de Maio.
- Nunes, R. (2000). E depois da Escola? Formação, autoformação e transição para a vida ativa dos Surdos em Portugal. In Rui Nunes (coord). *Perspetivas na integração da pessoa surda*. (pp171-212). Coimbra: Edição Gráfica de Coimbra.
- OMS (2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- OMS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ)* Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- ONU (1948), Declaração Universal dos Direitos Humanos. [http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm). Consultado em 21 de julho de 2012.
- ONU (1981). Ano Internacional do deficiente. ONU. <http://translate.google.com/translate?hl=ptPT&langpair=en|pt&u=http://www.un.org/esa/socdev/enable/disidydp.htm>. Consultado em 22 de julho 2012.
- ONU (1995). Cimeira Mundial para o desenvolvimento Social. [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/international\\_dimension\\_and\\_enlargement/c11902\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/international_dimension_and_enlargement/c11902_pt.htm). Consultado em 16 de julho 2011.
- Parker, H.C. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade – um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Pereira, C (2005). Acolher a diferença para melhorar. *Diversidades* 3 (9) 3-40.
- Pereira, F. (1996). *As Representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das Famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pereira, F. (2004). *Políticas e Práticas educativas – O caso da educação especial e do apoio socioeducativo nos anos 2002 a 2004*. Lisboa: Fundação Liga.

- Pereira, F. (2008). *Educação Especial – Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: DGIDC.
- Pereira, M. & Vieira, F. (2003). *O Sonho Comanda a Vida*. Oliveira de Frades: Projeto “Do Mar à Serra...Mais Participação”.
- Perrenoud, P. (1997). *Pédagogie Différenciée: des Intentions à l'Action*. Paris: ESF.
- Pestana, M. & Gageiro J. (2009). *Análise Categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo: em ciências sociais e da saúde com SPSS*. Lisboa: Lidel.
- Polis, B. (2008). *Só o amor o pode salvar. A vida de um rapaz que cresceu e vive com hiperatividade*. Lisboa: Kapa Livros.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rief, S. (2001). *Estratégias de intervenção na escola*. Trabalho apresentado na II Conferência Internacional sobre transtorno de deficit se atenção/hiperatividade. São
- Rodrigues, D. & Nogueira J. (2011). Educação Especial e Inclusiva em Portugal: Factos e Opções. *Revista Educação. Especial*.17, (1), pp. 3-20.
- Rodrigues, D. (1999). *A Inovação em Educação Especial*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ciências de Educação.
- Rodrigues, D. (2000). O Paradigma da educação inclusiva – Reflexões sobre uma agenda possível. *Revista Inclusão*, 1,7-13.
- Rodrigues, D. (2001). A educação e a diferença. In. D. Rodrigues (Org), *Educação e diferença-valores e práticas para uma educação inclusiva* (pp.13-34). Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, D. (2003). Educação inclusiva - as boas e as más notícias. In. D. Rodrigues (Org), *Perspetivas sobre a inclusão-da educação à sociedade* (pp. 89-101). Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, D. (2006). Notas sobre Investigação em Educação Inclusiva. In D. Rodrigues (Ed.), *Investigação em Educação Inclusiva*, (pp.11-16). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

- Rodrigues, D. (2007). “Sopa de Pedra” e educação inclusiva. In D. Rodrigues & B. Magalhães (Org), *Aprender juntos para aprender melhor* (pp. 9-16). Lisboa: FMH, Fórum de Estudos de Educação Inclusiva.
- Rojo V. & Pastor C. (1997). *Orientation Vocacional de Jovenes com Necesidades Especiales. Um Programa de Transation a la Vida Adulta*. Madrid: Editorial EOS.
- Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar e incluir. Da Investigação-acção à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 127-142.
- Sanches, I. (2006). Da Integração à inclusão escolar: cruzando perspetivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8, 63-83.
- Santos, J. (2008). Necessidades Educativas Especiais: da Identificação à Intervenção [http://inclusaoaquilino.blogspot.com/search/label/Avaliaçãoi e intervenção](http://inclusaoaquilino.blogspot.com/search/label/Avaliaçãoi%20e%20intervenção). Consultado em 25 de julho 2011.
- Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Serrano, J. & Correia, L. (2005). Percursos e Praticas para uma Escola Inclusiva. Tese de doutoramento em Estudos da Criança, <http://hdl.handle.net/1822/6981>. Consultado em 28 de agosto 2011.
- Silva, M. (2009). Da exclusão à inclusão: Concepções e práticas. *Revista Lusófona de Educação*, 13, 135-153.
- Simionsson, R. (1994), Towards an epidemiology of developmental, educational and social problems of childhood. In R. Simionsson (Ed), *Risk, resilience & prevention. Promoting the well-being of all children*.(pp. 56-94). Baltimore: P. H. Brookes.
- Simon, J. (2000). *A Integração Escolar das Crianças Deficiente*. Porto: Edições Asa.
- Sim-Sim, I. (2005). *Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da Criança ou da Escola?* Lisboa: Texto Editores.
- Sprinthall, N. & Sprinthall, R. (1993). *Psicologia Educacional. Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- Stainback, S. (1999). *Inclusão - Um Guia para Educadores*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul

Strubbs, S. (2008). *Educação inclusiva onde existem poucos recursos*. Oslo: Ingrid Lewis.

Tuckman, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

UNESCO (2003). *Open File on Inclusive Education*. Paris: Editorial da UNESCO.

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais*. Salamanca: UNESCO

UNESCO (2001). *Educação para Todos: O compromisso de Dakar*. Brasília: UNESCO CONSED.

UNICEF (1989). *Convenção dos Direitos da Criança*, <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>. Consultado em 20 de junho de 2012.

Vale, M. (2009). *Classificação internacional de funcionalidade (CIF): Conceitos, Preconceitos e Paradigmas. Contributo de um contributo para o percurso real em meio natural de vida*. Ata Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria. (Setembro/Outubro 2009).

Vieira, F., & Pereira, M. (2003). *Se Houvesse Quem me Ensinara... A Educação de Pessoas com Deficiência Mental*. Coimbra: Fundação Callouste Gulbenkian.

Warnock, M. (1978). *Special Education Needs: Report of the Committee of Enquie into the Education of Handicapped Children and Young People. The Magesty's Stationery Office*. London: Her Majesty's Stationery Office.

Warwick, C. (2001). O Apoio às Escolas Inclusivas. In D. Rodrigues (Coord.), *Educação e Diferença: Valores e Práticas para uma Educação Inclusiva* (pp. 78-91). Porto: Porto Editora.

## **Legislação**

Conselho Nacional de Educação, 3/99

Constituição da República, 1976

Decreto-Lei n.º 174/77, de 2 de maio

Decreto-Lei n.º 84/78, de 8 de agosto  
Decreto-Lei n.º 6/01, de 18 de agosto  
Decreto-Lei n.º 7/01, de 18 de agosto  
Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto  
Decreto-Lei n.º 20/06, de 31 de janeiro  
Decreto-Lei n.º 3/08, de 7 de janeiro  
Despacho n.º 173/ ME/91, de 23 de outubro  
Despacho n.º 2-1/SEEA/03, de 29 de março  
Despacho n.º 8113-A/04, de 22 de Abril.  
Despacho n.º 10856/05, de 29 de abril  
Despacho Conjunto n.º 36/SEAM/SERE/88 de, 29 de julho  
Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de julho  
Despacho Normativo n.º 6/10, de 19 de fevereiro  
Lei n.º 151/23, de 2 de julho (II Série)  
Lei n.º 66/79, de 30 de março  
Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (LBSE)  
Lei n.º 9/89, de 2 de maio  
Lei n.º 21/08, de 12 de maio  
Lei n.º 85/09, de 27 de agosto

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 - Quadros

Quadro 8 - Grau de informação anterior sobre as PHDA

Grau de informação	n	%	% Válida
Nenhum	10	16,7	17,5
Pouco	31	51,7	54,4
Suficiente	14	23,3	24,6
Bom	2	3,3	3,5
Não Respondeu	3	5,0	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Quadro 9 - Tipo de formação anterior sobre as PHDA

Tipo de formação	n	%	% Válida
Nenhum	22	36,7	37,9
No curso	16	26,7	27,6
Conferências, leituras, etc.	7	11,7	12,1
Cursos breves, ações pontuais	5	8,3	8,6
Pós-graduada profissionalizada	8	13,3	13,6
Não Respondeu	2	3,3	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Quadro 10 - Crianças com diagnóstico de PHDA

Crianças com diagnóstico de PHDA	n	%	% Válida
Sim	16	26,7	27,1
Não	43	71,7	72,9
Não Respondeu	1	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Quadro 11 - Número de crianças com PHDA

Número de crianças com PHDA	n	%	% Válida
1 Criança	11	18,3	73,3
2 Crianças	2	3,3	13,3
4 Crianças	1	1,7	6,7
5 Crianças	1	1,7	6,7
Não Respondeu	45	75,0	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Quadro 12 - Características de suspeita de PHDA

Características de suspeita de PHDA	n	%
Déficit de Atenção	8	13,3
Hiperatividade	16	26,7
Impulsividade	2	3,3
Déficit de Atenção e Hiperatividade	13	21,7
Déficit de Atenção e Impulsividade	3	5,0
Todas as anteriores	18	30,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Quadro 13 - Características que perturbam mais as crianças com PHDA

<b>Características que perturbam mais as crianças com PHDA</b>			<b>% Válida</b>
Opinião 1 -Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; 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); Distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes; Levantar-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; Anda ou atua como se estivesse sempre ligado a um motor.	3,3		17,8
Opinião 2 -Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas; Distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes; Levantar-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.	,7		2,2
Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares); Distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes; Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; Anda ou atua como se estivesse sempre ligado a um motor.	,7		2,2
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra; Levantar-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	,3		4,4
Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra; 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); Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares); Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares.	,3		4,4
Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; 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); Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares); Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer.	,7		2,2
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; 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); Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; Tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer.	,7		2,2
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Levanta-se na sala de aulas ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	,3		11,1
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; Tem dificuldade em esperar a sua vez.	,0		6,7
Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra; Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas; Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares); Esquece-se das atividades quotidianas.	,3		4,4
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Corre, salta excessivamente em situações que tal é inadequado; Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”; Tem dificuldade em esperar a sua vez.	,3		4,4
Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra; Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares);	,3		11,1

Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.			
Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer; Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”; Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.		,7	2,2
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); Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas; Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares; Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.		,7	2,2
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado; Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.		,7	2,2
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; 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); Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares); Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.		,7	2,2
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas; Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares); Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Tem dificuldade em esperar a sua vez.		,7	2,2
Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado; Fala excessivamente; Tem dificuldade em esperar a sua vez.		,7	2,2
Tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e atividades; Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas; Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.		,3	11,1
Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Esquece-se das atividades quotidianas; Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado; Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.		,7	2,2
<b>Não Respondeu</b>	5	5,0	100,0
<b>Total</b>	0	00,0	

Quadro 14 - Prevalência da PHDA

<b>Prevalência da PHDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Mais comum nos rapazes do que nas raparigas</b>	34	56,7
<b>Mais comum nas raparigas do que nos rapazes</b>	3	5,0
<b>Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes</b>	23	38,3
<b>Total</b>	60	100,0

Quadro 15 - Causas de PHDA

Causas de PHDA	n	%
Fatores ambientais	4	6,7
Excesso de TV e Play-Station	1	1,7
Falta de Vitaminas	1	1,7
Alergias alimentares ou outras	2	3,3
Fatores genéticos	15	25,0
Estilos parentais	1	1,7
Fatores Biológicos	11	18,3
Fatores ambientais; Excesso de TV e Play-Station	6	10,0
Fatores ambientais; Excesso de TV e Play-Station; Fatores Biológicos	2	3,3
Fatores genéticos; Fatores biológicos	1	1,7
Fatores ambientais; Excesso de TV e Play-Station; Estilos Parentais	1	1,7
Fatores ambientais; Excesso de TV e Play-Station; Alergias alimentares ou outras	1	1,7
Fatores Ambientais; Fatores Biológicos	3	5,0
Fatores ambientais; Excesso de TV e Play-Station; Alergias alimentares ou outras; Estilos Parentais; Fatores Biológicos	2	3,3
Fatores ambientais; Fatores genéticos; Estilos Parentais; Fatores Biológicos	5	8,3
Sociais	1	1,7
Todas as anteriores	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Quadro 16 - A PHDA desaparece com o tempo

A PHDA desaparece com o tempo	n	%	% Válida
Sim	11	18,3	18,6
Não	48	80,0	81,4
Não Respondeu	1	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Quadro 17 - Diagnóstico de PHDA

Diagnóstico de PHDA	n	%
Psicólogo	12	20,0
Professor de Educação Especial	1	1,7
Médico	10	16,7
Psicólogo e Médico	2	3,3
Todos os anteriores	3	5,0
Professor; Psicólogo; Médico	1	1,7
Professor; Professor de Educação Especial	2	3,3
Professor de Educação Especial; Médico	3	5,0
Psicólogo e Professor Educação Especial	10	16,7
Professor; Psicólogo; Professor Educação Especial	8	13,3
Psicólogo; Médico	6	10,0
Professor Educação Especial; Médico	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Quadro 18 - Problemas associados à PHDA

Problemas associados à PHDA	n	%
<b>Sim</b>	43	71,7
<b>Não</b>	17	28,3
<b>Total</b>	60	100,0

Quadro 19 – Tipo de problemas associados

Quais:	n	%	% Válida
Pouca persistência e baixa motivação; não aceitar e respeitar as regras e baixa autoestima.		,7	2,4
Pouca persistência e baixa motivação; Não aceitar e respeitar as regras; Dificuldades de aprendizagem; Baixa autoestima.		,3	4,8
Pouca persistência e baixa motivação; Comportamentos de agressividade e oposição.		,3	4,8
Pouca persistência e baixa motivação; Comportamentos de agressividade e oposição; Dificuldades de aprendizagem; Baixa autoestima.		,7	9,5
Dificuldade na relação com os pares; Comportamentos de agressividade e oposição; Baixa autoestima.		0,0	14,3
Dificuldade na relação com os pares; Pouca persistência e baixa motivação; Comportamentos de agressividade e oposição; Não aceitar e respeitar regras.		,3	4,8
Não aceitar e respeitar regras; Dificuldades de aprendizagem.		,7	2,4
Dificuldade na relação com os pares; Comportamentos de agressividade e oposição; Não aceitar e respeitar regras; Comportamentos de risco.		,7	2,4
Comportamentos de agressividade e oposição; Dificuldades de aprendizagem.		,3	4,8
Dificuldade na relação com os pares; Dificuldades de aprendizagem; Baixa autoestima.		,7	9,5
Dificuldade na relação com os pares; Pouca persistência e baixa motivação; Comportamentos de risco.		,7	2,4
Não aceitar e respeitar regras; Dificuldades de aprendizagem; Baixa autoestima.		,7	2,4
Dificuldade na relação com os pares; Pouca persistência e baixa motivação; Dificuldades de aprendizagem; Baixa autoestima		,7	2,4
Pouca persistência e baixa motivação; Comportamentos de agressividade e oposição; Dificuldades de aprendizagem.		,3	4,8
Dificuldade na relação com os pares; Não aceitar e respeitar a regras; Baixa autoestima.		,3	4,8
Todas as anteriores	0	6,7	23,8
Não Respondeu	8	0,0	100,0
<b>Total</b>	0	00,0	

Quadro 20 – Forma de intervenção mais benéfica para a criança com PHDA

Forma de intervenção		N	%	Média
Medicação	1	19	<b>31,7</b>	3.57
	2	6	10,0	
	3	6	10,0	
	4	6	10,0	
	5	4	6,7	
	6	12	20,0	
	7	7	11,7	
Colaboração Pais - Escola	1	16	<b>26,7</b>	2.95
	2	14	23,3	
	3	7	11,7	
	4	9	15,0	
	5	6	10,0	
	6	6	10,0	
	7	1	1,7	
Terapia familiar	1	6	10,0	3.92
	2	9	15,0	
	3	9	15,0	
	4	11	<b>18,3</b>	
	5	11	<b>18,3</b>	
	6	10	16,7	
	7	3	5,0	
Apoio escolar/académico	1	1	1,7	3.89
	2	11	18,3	
	3	13	<b>21,7</b>	
	4	11	18,3	
	5	13	<b>21,7</b>	
	6	5	8,3	
	7	3	5,0	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	1	20	<b>33,3</b>	2.73
	2	14	23,3	
	3	4	6,7	
	4	10	16,7	
	5	8	13,3	
	6	4	6,7	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	1	14	23,3	2.80
	2	12	20,0	
	3	19	<b>31,7</b>	
	4	6	10,0	
	5	5	8,3	
	6	4	6,7	
Outros – (Quais?)	Colaboração com Amigos	1	<b>1,7</b>	1.00

Quadro 21 - Que pode fazer um professor que tem na sala de aula uma criança/jovem com PHDA

Professora – Criança/Jovem		n	%	Média
Encaminhar para um técnico especializado	1	39	<b>65,0</b>	2.22
	2	4	6,7	
	3	3	5,0	
	4	6	10,0	
	5	4	6,8	
	7	1	1,7	
	8	1	1,7	
	9	2	3,3	
	Manter um contacto mais frequente	1	9	
2		21	<b>35,0</b>	

Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

com a família	3	7	11,7	
	4	3	5,0	
	5	3	5,0	
	6	10	16,7	
	7	5	8,3	
	8	2	3,3	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	1	4	6,7	4,97
	2	3	5,0	
	3	8	13,6	
	4	10	16,7	
	5	10	16,7	
	6	6	10,0	
	7	12	20,0	
	8	5	8,3	
Encaminhar para o apoio educativo	2	3	5,0	5,24
	3	10	16,7	
	4	8	13,3	
	5	11	18,3	
	6	10	16,7	
	7	10	16,7	
	8	7	11,7	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	1	2	3,3	6,25
	2	1	1,7	
	3	7	11,7	
	4	2	3,3	
	5	8	13,3	
	6	6	10,0	
	7	11	18,3	
	8	15	25,0	
	9	7	11,9	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	1	6	10,0	3,48
	2	15	25,0	
	3	11	18,3	
	4	13	21,7	
	5	5	8,3	
	6	9	15,0	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	9	1	1,7	3,42
	1	13	21,7	
	2	9	15,0	
	3	11	18,3	
	4	10	16,7	
	5	7	11,7	
	6	4	6,7	
	7	2	3,3	
	8	2	3,3	
Adaptar materiais e processos de avaliação	9	1	1,7	3,25
	1	7	11,7	
	2	6	10,2	
	3	8	13,3	
	4	14	23,3	
	5	7	11,7	
	6	7	11,7	
	7	5	8,3	
8	5	8,3		

Quadro 22 - Forma de intervenção com aluno com PHDA

Forma de intervenção	N	%	% Válida
Seguir indicações do(a) Psicólogo(a)	3	5,0	37,5
Apoio Personalizado	5	8,3	62,5
Não Respondeu	52	86,7	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

Quadro 23 - Teste One-Way ANOVA entre a formação e as estratégias de intervenção

Estratégias de Intervenção	Formação	X	P	F	p
<b>Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,64	,492	,155	,352
	Educação Física	,40	,548		
	Inglês/Português	,33	,577		
	Educação Musical	,00	,000		
	Português/Francês	,50	,707		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,80	,447		
	Geografia	,33	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,74	,733	,830	,107
	Educação Física	,00	,000		
	Inglês/Português	,33	,577		
	Educação Musical	,00	,000		
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,33	,577		
	E.V.T.	,00	,000		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,36	,727	,512	,187
	Educação Física	,20	,447		
	Inglês/Português	,33	,577		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,33	,577		
	E.V.T.				

Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,00	,000		
	Geografia	,33	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Time-out (tempo de afastamento da classe).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,42	,507	,619	,156
	Educação Física	,00	,000		
	Inglês/Português	,67	,155		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,33	,577		
	E.V.T.	,00	,000		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
	<b>Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,76		
Educação Física		,40	,548		
Inglês/Português		,75	,500		
Educação Musical		,00			
Português/Francês		,50	,707		
Matemática		,00	,000		
E.V.T.		,00	,000		
Geografia		,67	,577		
Ensino Especial		,00	,000		
<b>Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,00	,000	,620	<b>,000</b>
	Educação Física	,40	,548		
	Inglês/Português	,00	,000		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,00	,000		
	Geografia	,33	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Sugerir à criança que relate o que está a fazer.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,75	,444	,429	<b>,033</b>
	Educação Física	,80	,447		
	Inglês/Português				

Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,00	,155		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,33	,577		
	E.V.T.	,50	,577		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Supervisão frequente do trabalho.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,71	,463	,175	,053
	Educação Física	,20	,447		
	Inglês/Português	,00	,000		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,50	,707		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,40	,548		
	Geografia	,33	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,73	,456	,427	,217
	Educação Física	,20	,837		
	Inglês/Português	,25	,500		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,60	,548		
	Geografia	,33	,155		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,25	,550	,926	,087
	Educação Física	,20	,447		
	Inglês/Português	,00	,000		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,20	,447		
	Geografia				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,33	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Preparar um “canto“ da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,77	,685	,611	,155
	Educação Física	,40	,548		
	Inglês/Português	,33	,577		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,67	,155		
	E.V.T.	,00	,000		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
	<b>Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,64		
Educação Física		,20	,447		
Inglês/Português		,00	,000		
Educação Musical		,00			
Português/Francês		,50	,707		
Matemática		,00	,000		
E.V.T.		,20	,837		
Geografia		,33	,577		
Ensino Especial		,00	,000		
<b>Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,60	,598	,656	,022
	Educação Física	,00	,707		
	Inglês/Português	,33	,577		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,50	,707		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,60	,548		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Reprimendas verbais.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,05	,686	,937	,086
	Educação Física	,00	,000		
	Inglês/Português	,00	,000		
	Educação Musical				

Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,67	,577		
	E.V.T.	,00	,000		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,85	,671	,064	,410
	Educação Física	,20	,447		
	Inglês/Português	,00	,000		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,33	,577		
	E.V.T.	,60	,548		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,45	,759	,756	,643
	Educação Física	,20	,447		
	Inglês/Português	,67	,155		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,50	,707		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,20	,447		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,05	,605	,737	,124
	Educação Física	,00	,707		
	Inglês/Português	,33	,577		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,50	,707		
	Matemática	,67	,577		
	E.V.T.	,80	,837		
	Geografia	,33	,577		
	Ensino Especial				

Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,00	,000		
<b>Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,70	,801	,303	,274
	Educação Física	,40	,548		
	Inglês/Português	,33	,577		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,50	,707		
	Matemática	,33	,577		
	E.V.T.	,00	,000		
	Geografia	,67	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,64	,492	,644	<b>,021</b>
	Educação Física	,00	,707		
	Inglês/Português	,33	,577		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,50	,707		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,40	,894		
	Geografia	,00	,000		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,44	,511	,172	,056
	Educação Física	,20	,447		
	Inglês/Português	,33	,933		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,50	,707		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,60	,548		
	Geografia	,67	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,60	,598	,409	,227
	Educação Física	,00	,000		
	Inglês/Português	,67	,577		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,50	,707		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,40	,548		
	Geografia	,67	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		
<b>Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	,10	,700	,382	<b>,036</b>
	Educação Física	,40	,548		
	Inglês/Português	,00	,000		
	Educação Musical	,00			
	Português/Francês	,00	,000		
	Matemática	,00	,000		
	E.V.T.	,60	,548		
	Geografia	,33	,577		
	Ensino Especial	,00	,000		

Quadro 24- Teste T entre o género e as estratégias de intervenção

Estratégias de intervenção	Género	X	P	T	p
Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	M asculino	,38	,506	2,085	<b>,042</b>
	F eminino	,70	,465		
Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	M asculino	,00	,000	5,233	<b>,000</b>
	F eminino	,54	,643		
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	M asculino	,31	,751	,025	,981
	F eminino	,30	,674		
Time-out (tempo de afastamento da classe).	M asculino	,31	,480	1,789	,083
	F eminino	,63	,740		
Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	M asculino	,69	,480	0,364	,717
	F eminino	,74	,441		
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	M asculino	,77	,439	1,082	,296
	F eminino	,91	,291		
Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	M asculino	,31	,630	1,382	,173
	F eminino	,59	,631		
Supervisão frequente do trabalho.	M asculino	,31	,480	2,631	<b>,011</b>
	F eminino	,70	,465		

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	M asculino	,54	,660	0,292	,772
	F eminino	,59	,542		
Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	M asculino	,23	,599	1,636	,527
	F eminino	,34	,530		
Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	M asculino	,23	,439	2,620	<b>,013</b>
	F eminino	,65	,686		
Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	M asculino	,15	,555	1,665	,110
	F eminino	,45	,627		
Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).	M asculino	,54	,660	0,550	,585
	F eminino	,66	,693		
Reprimendas verbais.	M asculino	,77	,725	1,052	,308
	F eminino	,00	,555		
Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	M asculino	,08	,760	,606	,114
	F eminino	,76	,582		
Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	M asculino	,00	,000	4,176	<b>,000</b>
	F eminino	,46	,711		
Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	M asculino	,08	,760	,833	,409
	F eminino	,90	,625		
Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	M asculino	,54	,519	0,323	,748
	F eminino	,61	,737		
Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	M asculino	,92	,862	2,809	<b>,007</b>
	F eminino	,51	,592		
Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.	M asculino	,75	,622	2,256	<b>,028</b>
	F eminino	,73	,450		
Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	M asculino	,23	,599	1,663	,114
	F eminino	,54	,505		
Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	M asculino	,62	,650	1,485	,152
	F eminino	,93	,685		

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

Quadro 25 - Teste One-Way ANOVA entre os anos de lecionação e as estratégias de intervenção

Estratégias de intervenção	Anos de lecionação	X	P	F	p
<b>Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).</b>	<=9 anos	,78	,424	,470	<b>,016</b>
	10 aos 15 anos	,37	,496		
	>=16 anos	,50	,548		
<b>Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).</b>	<=9 anos	,52	,700	,277	,289
	10 aos 15 anos	,25	,447		
	>=16 anos	,20	,447		
<b>Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).</b>	<=9 anos	,33	,679	,179	,124
	10 aos 15 anos	,21	,631		
	>=16 anos	,83	,408		
<b>Time-out (tempo de afastamento da classe).</b>	<=9 anos	,59	,694	,652	,203
	10 aos 15 anos	,47	,717		
	>=16 anos	,00	,000		
<b>Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).</b>	<=9 anos	,70	,465	,157	,323
	10 aos 15 anos	,72	,461		
	>=16 anos	,00	,000		
<b>Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.</b>	<=9 anos	,93	,267	,457	,243
	10 aos 15 anos	,79	,419		
	>=16 anos	,00	,000		
<b>Sugerir à criança que relate o que está a fazer.</b>	<=9 anos	,52	,643	,131	,130
	10 aos 15 anos	,38	,719		
	>=16 anos	,00	,000		
<b>Supervisão frequente do trabalho.</b>	<=9 anos	,62	,496	,896	,415
	10 aos 15 anos	,63	,496		
	>=16 anos	,33	,516		
<b>Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.</b>	<=9 anos	,56	,641	,042	,959
	10 aos 15 anos	,58	,507		
	>=16 anos	,50	,548		
<b>Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.</b>	<=9 anos	,26	,594	,141	,869
	10 aos 15 anos	,28	,461		
	>=16 anos	,40	,548		
<b>Preparar um “canto“ da sala onde a criança possa isolar-</b>	<=9 anos				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

se dos outros, caso seja necessário.	anos	,59	,572	,198	,821
	10 aos				
	15 anos	,47	,697		
Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	>=16 anos	,50	,837	,249	,116
	<=9 anos	,48	,643		
	10 aos				
Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).	15 anos	,16	,602	,868	,426
	>=16 anos	,67	,516		
	<=9 anos	,59	,636		
Reprimendas verbais.	15 anos	,61	,698	,019	,011
	>=16 anos	,20	,447		
	<=9 anos	,93	,550		
Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	10 aos			,613	,084
	15 anos	,06	,539		
	>=16 anos	,00	,707		
Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	<=9 anos	,26	,594	,673	,515
	10 aos				
	15 anos	,33	,594		
Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	>=16 anos	,00	,000	,808	,452
	<=9 anos	,81	,622		
	10 aos				
Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	15 anos	,06	,639	,297	,744
	>=16 anos	,60	,548		
	<=9 anos	,67	,784		
Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	10 aos			,368	,104
	15 anos	,53	,513		
	>=16 anos	,83	,983		
Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.	<=9 anos	,33	,620	,749	,075
	10 aos				
	15 anos	,94	,135		
Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem sais da sala”).	>=16 anos	,25	,500	,981	,149
	<=9 anos	,33	,480		
	10 aos				
	15 anos	,61	,608		

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

	anos	,20	,447		
<b>Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.</b>	<=9			,460	,243
	anos	,81	,736		
	10 aos				
	15 anos	,00	,686		
	>=16				
	anos	,40	,548		

Quadro 26 - Teste One-Way ANOVA entre a idade e as Estratégias de Intervenção

Estratégias de Intervenção	Idade	X	P	F	p
<b>Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).</b>	<=30			,352	,705
	anos	,75	,463		
	31 aos				
	40 anos	,59	,498		
	>=41				
	anos	,57	,535		
<b>Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).</b>	<=30			,900	,065
	anos	,88	,835		
	31 aos				
	40 anos	,32	,535		
	>=41				
	anos	,33	,516		
<b>Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).</b>	<=30			,168	,125
	anos	,50	,535		
	31 aos				
	40 anos	,22	,672		
	>=41				
	anos	,71	,488		
<b>Time-out (tempo de afastamento da classe).</b>	<=30			,459	,243
	anos	,38	,518		
	31 aos				
	40 anos	,63	,731		
	>=41				
	anos	,17	,408		
<b>Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).</b>	<=30			,047	,359
	anos	,88	,354		
	31 aos				
	40 anos	,67	,478		
	>=41				
	anos	,86	,378		
<b>Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.</b>	<=30			,597	,555
	anos	,00	,000		
	31 aos				
	40 anos	,86	,347		
	>=41				
	anos	,86	,378		
<b>Sugerir à criança que relate o que está a fazer.</b>	<=30			,325	,109
	anos	,75	,463		
	31 aos				
	40 anos	,38	,697		
	>=41				
	anos	,86	,378		
<b>Supervisão frequente do trabalho.</b>	<=30			,346	,270
	anos	,57	,535		
	31 aos				
	40 anos	,62	,492		
	>=41				
	anos	,29	,488		
<b>Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.</b>	<=30			,071	,932
	anos	,63	,518		

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

	31 aos 40 anos	,54	,605		
	>=41 anos	,57	,535		
<b>Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.</b>	<=30 anos	,25	,463	,459	,635
	31 aos 40 anos	,28	,566		
	>=41 anos	,50	,548		
<b>Preparar um “canto“ da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.</b>	<=30 anos	,88	,641	,521	,229
	31 aos 40 anos	,46	,605		
	>=41 anos	,71	,951		
<b>Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.</b>	<=30 anos	,63	,518	,254	,294
	31 aos 40 anos	,30	,661		
	>=41 anos	,57	,535		
<b>Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).</b>	<=30 anos	,63	,518	,633	,4535
	31 aos 40 anos	,67	,717		
	>=41 anos	,33	,516		
<b>Reprimendas verbais.</b>	<=30 anos	,25	,707	,131	<b>,010</b>
	31 aos 40 anos	,97	,506		
	>=41 anos	,33	,516		
<b>Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.</b>	<=30 anos	,50	,535	,379	,262
	31 aos 40 anos	,86	,639		
	>=41 anos	,00	,632		
<b>Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo</b>	<=30 anos	,63	,916	,442	,247
	31 aos 40 anos	,22	,485		
	>=41 anos	,33	,816		
<b>Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).</b>	<=30 anos	,75	,463	,413	,664
	31 aos 40 anos	,97	,696		
	>=41 anos	,83	,753		
<b>Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).</b>	<=30 anos	,00	,756	,169	,126
	31 aos 40 anos	,47	,654		
	>=41 anos	,67	,516		
<b>Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.</b>	<=30 anos	,50	,535	,058	,355
	31 aos 40 anos	,38	,681		
	>=41 anos	,00	,000		

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico

<b>Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.</b>	<=30 anos	,50	,535	,100	,342
	31 aos 40 anos	,60	,576		
	>=41 anos	,60	,894		
<b>Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).</b>	<=30 anos	,38	,518	,231	,795
	31 aos 40 anos	,47	,560		
	>=41 anos	,33	,516		
<b>Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.</b>	<=30 anos	,00	,535	,957	,391
	31 aos 40 anos	,81	,710		
	>=41 anos	,50	,548		

Quadro 27 - Teste T entre o nível académico e as estratégias de intervenção

Estratégias de Intervenção	Nível Académico	X	P	T	p
<b>Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).</b>	Licenciatura	,61	,493	0,785	,437
	Mestrado	,00			
<b>Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).</b>	Licenciatura	,36	,533	,662	,511
	Mestrado	,00			
<b>Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).</b>	Licenciatura	,28	,720	0,986	,330
	Mestrado	,00			
<b>Time-out (tempo de afastamento da classe).</b>	Licenciatura	,63	,725	0,508	,614
	Mestrado	,00			
<b>Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).</b>	Licenciatura	,76	,431	0,549	,586
	Mestrado	,00			
<b>Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.</b>	Licenciatura	,87	,337	0,374	,710
	Mestrado	,00			
<b>Sugerir à criança que relate o que está a fazer.</b>	Licenciatura	,48	,664	0,778	,441
	Mestrado	,00			
<b>Supervisão frequente do trabalho.</b>	Licenciatura	,65	,482	0,715	,479
	Mestrado	,00			
<b>Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.</b>	Licenciatura	,62	,573	0,661	,512
	Mestrado	,00			
<b>Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.</b>	Licenciatura	,39	,493	1,232	,225
	Mestrado	,00			

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

<b>Preparar um “canto“ da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.</b>	Licenciatura	,59	,652	0,626	,534
	Mestrado	,00			
<b>Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.</b>	Licenciatura	,45	,619	,714	,479
	Mestrado	,00			
<b>Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).</b>	Licenciatura	,70	,701	,993	,326
	Mestrado	,00			
<b>Reprimendas verbais.</b>	Licenciatura	,05	,532	,943	,059
	Mestrado	,00			
<b>Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.</b>	Licenciatura	,91	,640	0,140	,889
	Mestrado	,00			
<b>Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo</b>	Licenciatura	,39	,655	,584	,563
	Mestrado	,00			
<b>Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).</b>	Licenciatura	,02	,664	,034	,973
	Mestrado	,00			
<b>Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).</b>	Licenciatura	,59	,693	0,584	,562
	Mestrado	,00			
<b>Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.</b>	Licenciatura	,50	,624	,793	,432
	Mestrado	,00			
<b>Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.</b>	Licenciatura	,71	,402	,504	,617
	Mestrado	,00			
<b>Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).</b>	Licenciatura	,55	,548	,984	,330
	Mestrado	,00			
<b>Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.</b>	Licenciatura	,93	,695	,325	,192
	Mestrado	,00			

Quadro 28 - Teste One-Way ANOVA entre a situação profissional e as Estratégias de Intervenção

Estratégias de Intervenção	Situação Profissional	X	P	F	p
<b>Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).</b>	Efetiva	,80	,447	,037	,385
	Quadro de Nomeação				
	Definitiva	,68	,475		
	Contratado	,86	,378		
	Quadro de Escola	,40	,548		
<b>Recompensas Materiais (comestíveis e não</b>	Efetiva				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

comestíveis).		,00	,816	,967	,134
	Quadro de Nomeação Definitiva	,32	,476		
	Contratado	,71	,951		
	Quadro de Escola	,40	,548		
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	Efetiva	,40	,894	,680	,569
	Quadro de Nomeação Definitiva	,39	,615		
	Contratado	,14	,900		
	Quadro de Escola	,00	,000		
Time-out (tempo de afastamento da classe).	Efetiva	,00	,000	,108	,037
	Quadro de Nomeação Definitiva	,45	,572		
	Contratado	,86	,900		
	Quadro de Escola	,20	,095		
Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	Efetiva	,83	,408	,173	,331
	Quadro de Nomeação Definitiva	,70	,466		
	Contratado	,00	,000		
	Quadro de Escola	,60	,548		
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	Efetiva	,00	,000	,226	,098
	Quadro de Nomeação Definitiva	,90	,301		
	Contratado	,00	,000		
	Quadro de Escola	,60	,548		
	Total	,90	,306		
Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	Efetiva	,67	,516	,092	,363
	Quadro de Nomeação Definitiva	,39	,737		
	Contratado	,86	,378		
	Quadro de Escola	,60	,548		
Supervisão frequente do trabalho.	Efetiva	,83	,408	,904	,447
	Quadro de Nomeação Definitiva	,70	,466		
	Contratado	,43	,535		
	Quadro de Escola	,60	,548		
Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	Efetiva	,83	,408	,475	,234
	Quadro de Nomeação Definitiva	,45	,624		
	Contratado	,86	,378		
	Quadro de Escola				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,60	,548		
<b>Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.</b>	Efetiva	,00	,816	,865	,467
	Quadro de Nomeação Definitiva	,37	,556		
	Contratado	,29	,488		
	Quadro de Escola	,60	,548		
<b>Preparar um “canto“ da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.</b>	Efetiva	,80	,837	,929	,434
	Quadro de Nomeação Definitiva	,48	,626		
	Contratado	,86	,690		
	Quadro de Escola	,80	,837		
<b>Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.</b>	Efetiva	,67	,516	,887	,145
	Quadro de Nomeação Definitiva	,32	,702		
	Contratado	,86	,378		
	Quadro de Escola	,20	,447		
<b>Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).</b>	Efetiva	,75	,500	,162	,921
	Quadro de Nomeação Definitiva	,60	,770		
	Contratado	,71	,488		
	Quadro de Escola	,80	,837		
<b>Reprimendas verbais.</b>	Efetiva	,75	,500	,448	,720
	Quadro de Nomeação Definitiva	,93	,530		
	Contratado	,14	,690		
	Quadro de Escola	,00	,707		
<b>Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.</b>	Efetiva	,75	,957	,456	,715
	Quadro de Nomeação Definitiva	,80	,551		
	Contratado	,57	,787		
	Quadro de Escola	,00	,707		
<b>Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo</b>	Efetiva	,25	,500	,193	,900
	Quadro de Nomeação Definitiva	,40	,675		
	Contratado	,57	,976		
	Quadro de Escola	,40	,548		
<b>Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).</b>	Efetiva	,75	,500	,266	,298
	Quadro de Nomeação Definitiva	,07	,640		
	Contratado	,71	,756		
	Quadro de Escola				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,60	,548		
<b>Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).</b>	Efetiva	,50	,000	,059	<b>,038</b>
	Quadro de Nomeação Definitiva	,40	,563		
	Contratado	,00	,816		
	Quadro de Escola	,20	,837		
<b>Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.</b>	Efetiva	,60	,548	,135	,939
	Quadro de Nomeação Definitiva	,39	,761		
	Contratado	,43	,535		
	Quadro de Escola	,40	,548		
<b>Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.</b>	Efetiva	,33	,577	,143	,934
	Quadro de Nomeação Definitiva	,70	,705		
	Contratado	,43	,535		
	Quadro de Escola	,40	,548		
<b>Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).</b>	Efetiva	,50	,577	,302	,091
	Quadro de Nomeação Definitiva	,60	,498		
	Contratado	,14	,378		
	Quadro de Escola	,20	,447		
<b>Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.</b>	Efetiva	,25	,500	,197	,322
	Quadro de Nomeação Definitiva	,90	,662		
	Contratado	,57	,535		
	Quadro de Escola	,60	,894		

Quadro 29 - Teste One-Way ANOVA entre o ano que lecionam e estratégias de intervenção

Estratégias de Intervenção	Ano escola que leciona	X	P	F	p
<b>Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).</b>	1º Ano	,64	,505	,401	,232
	2º Ciclo	,52	,511		
	POI	,75	,500		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,00	,000		
<b>Recompensas Materiais (comestíveis e não</b>	1º Ano				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

comestíveis).		,33	,500	,180	<b>,002</b>
	2º Ciclo	,23	,429		
	POI	,50	,577		
	4º Ano	,50	,707		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,50	,577		
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	1º Ano	,18	,874	,270	,290
	2º Ciclo	,30	,635		
	POI	,50	,577		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,25	,500		
Time-out (tempo de afastamento da classe).	1º Ano	,00	,866	,941	,090
	2º Ciclo	,59	,666		
	POI	,00	,000		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,50	,577		
Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	1º Ano	,82	,405	,531	,185
	2º Ciclo	,74	,449		
	POI	,75	,500		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,50	,577		
Tarefas curtas, bem definidas e bem	1º Ano				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

<b>sequencializadas.</b>		,91	,302	,363	,247
	2º Ciclo	,79	,415		
	POI	,00	,000		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,00	,000		
<b>Sugerir à criança que relate o que está a fazer.</b>	1º Ano	,82	,405	,787	,118
	2º Ciclo	,36	,658		
	POI	,50	,577		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,00	,000		
<b>Supervisão frequente do trabalho.</b>	1º Ano	,55	,522	,994	,450
	2º Ciclo	,71	,464		
	POI	,67	,577		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,50	,577		
<b>Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.</b>	1º Ano	,82	,405	,820	,109
	2º Ciclo	,67	,482		
	POI	,25	,500		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,75	,500		
<b>Organizar uma folha de registo para anotar</b>	1º Ano				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

<b>os progressos do aluno.</b>		,22	,441	,621	,735
	2º Ciclo	,39	,583		
	POI	,00	,000		
	4º Ano	,50	,707		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,50	,577		
<b>Preparar um “canto“ da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.</b>	1º Ano	,73	,786	,648	,150
	2º Ciclo	,48	,665		
	POI	,00	,000		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,25	,500		
<b>Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.</b>	1º Ano	,55	,522	,380	,240
	2º Ciclo	,21	,658		
	POI	,50	,577		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,75	,500		
<b>Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).</b>	1º Ano	,78	,441	,253	,299
	2º Ciclo	,57	,728		
	POI	,25	,500		
	4º Ano	,50	,707		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,25	,500		
<b>Reprimendas verbais.</b>	1º Ano				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,22	,441	,512	,194
	2º Ciclo	,86	,560		
	POI	,00	,816		
	4º Ano	,50	,707		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,50	,577		
<b>Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.</b>	1º Ano	,78	,667	,487	,838
	2º Ciclo	,83	,650		
	POI	,75	,500		
	4º Ano	,00	,414		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,75	,500		
<b>Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo</b>	1º Ano	,33	,707	,754	,629
	2º Ciclo	,43	,662		
	POI	,25	,500		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,00	,155		
<b>Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).</b>	1º Ano	,67	,707	,700	,671
	2º Ciclo	,91	,596		
	POI	,75	,500		
	4º Ano	,00	,414		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,00	,000		
<b>Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex:</b>	1º Ano				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

<b>“permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).</b>		,56	,726	,228	,312
	2º Ciclo	,57	,662		
	POI	,25	,500		
	4º Ano	,00	,000		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,25	,957		
<b>Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.</b>	1º Ano	,82	,405	,778	,119
	2º Ciclo	,17	,717		
	POI	,75	,500		
	4º Ano	,50	,707		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,50	,577		
<b>Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.</b>	1º Ano	,57	,535	,156	,992
	2º Ciclo	,65	,921		
	POI	,75	,500		
	4º Ano	,50	,707		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,00	,816		
<b>Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).</b>	1º Ano	,44	,527	,317	,045
	2º Ciclo	,52	,511		
	POI	,50	,577		
	4º Ano	,50	,707		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,00	,000		
<b>Anotar o mau comportamento do aluno e</b>	1º Ano				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.		,80	,919	,225	,313
	2º Ciclo	,86	,560		
	POI	,00	,816		
	4º Ano	,50	,707		
	3º Ano	,00			
	1º Ano; 2º Ano	,00			
	Educação Especial	,00	,000		
	Apoio	,00	,000		

Quadro 30 - Teste T entre crianças com PHDA e as estratégias de intervenção

Estratégias de intervenção	Crianças com PHDA	X	P	T	p
Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	Sim	,60	,507	0,230	,819
	Não	,63	,488		
Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	Sim	,43	,756	,039	,969
	Não	,42	,552		
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	Sim	,13	,516	1,458	,154
	Não	,39	,737		
Time-out (tempo de afastamento da classe).	Sim	,53	,743	0,090	,929
	Não	,55	,686		
Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	Sim	,69	,479	0,469	,641
	Não	,75	,439		
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	Sim	,75	,447	1,484	,154
	Não	,93	,264		
Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	Sim	,27	,704	1,843	,071
	Não	,62	,590		
Supervisão frequente do trabalho.	Sim	,50	,516	0,918	,363
	Não	,63	,488		
Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	Sim	,38	,619	1,732	,089
	Não	,66	,530		
Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	Sim	,20	,561	0,962	,340
	Não	,36	,537		
Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	Sim	,53	,640	0,138	,891
	Não				

Hiperatividade e Déficit de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Percepções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

		,56	,673		
<b>Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.</b>	Sim	,13	,719	2,041	<b>,046</b>
	Não	,49	,553		
<b>Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).</b>	Sim	,67	,617	,246	,807
	Não	,62	,711		
<b>Reprimendas verbais.</b>	Sim	,93	,594	,068	,946
	Não	,92	,587		
<b>Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.</b>	Sim	,00	,535	,461	,154
	Não	,74	,677		
<b>Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo</b>	Sim	,47	,743	,804	,425
	Não	,31	,614		
<b>Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).</b>	Sim	,87	,640	0,536	,594
	Não	,97	,668		
<b>Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).</b>	Sim	,60	,828	0,073	,942
	Não	,62	,633		
<b>Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.</b>	Sim	,93	,594	3,065	<b>,003</b>
	Não	,54	,674		
<b>Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.</b>	Sim	,60	,384	,333	,740
	Não	,46	,650		
<b>Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).</b>	Sim	,33	,488	1,097	,278
	Não	,51	,556		
<b>Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.</b>	Sim	,86	,663	,033	,974
	Não	,85	,700		

## ANEXO II - Questionário

### QUESTIONÁRIO

O presente questionário destina-se ao desenvolvimento de um estudo (**Quais as percepções, saber as características e tipo de desadaptações dos Professores do 1º e 2º ciclo em contexto escolar**). Tem como objetivo, a realização da parte experimental da dissertação de Mestrado em Ciências da Educação/Educação Especial, na Universidade Fernando Pessoa com o tema: **Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)**.

#### Considerando que:

A **escola inclusiva** é um tipo de comunidade educativa cujas práticas respondem à diversidade dos seus alunos, atendendo às necessidades emocionais, académicas e sociais que manifestam na escola.

Qualquer escola que deseje seguir uma política de Educação Inclusiva terá de desenvolver, práticas e culturas que respeitem a diferença e a contribuição ativa de cada aluno para a construção de um conhecimento partilhado. Procura por esse meio alcançar, sem discriminação, a qualidade académica e contexto sociocultural de todos os alunos. A inclusão depende largamente da atitude, conhecimento, competência e capacidades dos professores para inovarem e criarem contextos para um ensino que vá de encontro às necessidades e potenciais dos seus alunos.

Garante-se a rigorosa confidencialidade dos dados que se destinam exclusivamente ao estudo em curso.

#### **Obrigado pela colaboração**

Paulo Santos

**E-Mail:** pauloarsantos78@gmail.com

**Abreviatura: PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**

Questionário sobre Estudo Comparativo das Perceções, saber características e tipo de desadaptação de Professores do 1º e 2º ciclo em contexto escolar

<b>Formação:</b>		<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Anos de Lecionação:</b>		<b>Idade:</b>
<b>Nível Académico:</b>	<b>Situação Profissional:</b>	<b>Ano Escolar que leciona:</b>
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, ações pontuais; 4-pós-graduada profissionalizada		0 1 2 3 4
Tem, ou teve, crianças com diagnóstico de PHDA, na sala: Sim ____ Não ____ Nº Crianças ____		

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 (X)].

Défice de Atenção	
Hiperatividade	
Impulsividade	

2- Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperatividade 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 atividades	
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 atividades e tarefas	
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares).	
7. Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares.	
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	
9. Esquece-se das atividades 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 atividades de lazer.	
14. Anda ou atua 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 atividades 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)]

Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Fatores genéticos	
Estilos Parentais	
Fatores 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 Educação Especial	
Médico	
Outro – Quem?	

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

Sim	
Não	

8– 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 autoestima	
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) [Assinale com uma cruz (X)]

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

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?)							

**1**

**0** – 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) [Assinale com uma cruz (X)]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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 assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças. [Assinale com uma cruz (X)]

	0	1	2
1. Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).			
2. Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).			
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).			
4. Time-out (tempo de afastamento da classe).			
5. Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).			
6. Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.			
7. Sugerir à criança que relate o que está a fazer.			
8. Supervisão frequente do trabalho.			
9. Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.			
10. Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.			

Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto de Professores do 1ºCiclo do Ensino Básico

11. Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.			
12. Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.			
13. Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).			
14. Reprimendas verbais.			
15. Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.			
16. Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo			
17. Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).			
18. Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).			
19. Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.			
20. Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.			
21. Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).			
22. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.			



### **ANEXO III - Autorização DREF**

Paulo Alexandre Rodrigues dos Santos  
Rua Rodrigo Rodrigues Lote 6 R/C Direito  
9500-180 Ponta Delgada  
Correio eletrónico: [pauloarsantos@hotmail.com](mailto:pauloarsantos@hotmail.com)

**Exma. Senhora Diretora da  
Direção Regional da Educação e Formação**

Eu, Paulo Alexandre Rodrigues dos Santos, professor do Ensino Básico 2º Ciclo – Variante Educação Física, com formação especializada em Educação Especial no Domínio Cognitivo e Motor, a exercer funções docentes na Região Autónoma dos Açores, na Escola Básica Integrada de Rabo de Peixe - Grupo 700 - Educação Especial 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e do Secundário, a frequentar o Mestrado em Ciências de Educação/Educação Especial na Universidade Fernando Pessoa, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um trabalho de investigação (dissertação) no âmbito da **“Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)”**.

Pretende-se com este estudo saber quais as perceções, saber as características e tipo de desadaptação dos Professores do 1º e 2º ciclo em contexto escolar, na Escola Básica Integrada de Rabo de Peixe em relação a alunos com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção.

Assim apresenta-se como objetivos do estudo:

- 1-** Verificar a frequência das diferentes estratégias em contexto escolar do PHDA.
- 2 -** Saber qual o Conhecimento (Exploração das Perceções) dos Docentes do 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico, da EBI de Rabo de Peixe sobre a PHDA.

**3** - Comparar as Perceções dos Docentes do 1ºe 2º Ciclo do Ensino Básico, em relação às crianças com PHDA.

**4** - Verificar que relação existe entre o Conhecimento, Perceções de Impacto e as Atitudes dos Docentes do 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico, em relação às crianças com PHDA.

Hipóteses de Investigação deste estudo:

- Os professores que apresentam mais conhecimentos sobre o PHDA, apresentam uma melhor perceção ao nível do diagnóstico.
- Os professores que apresentam mais conhecimentos sobre o PHDA, apresentam uma melhor perceção ao nível da etiologia.
- Os professores que apresentam mais conhecimentos sobre o PHDA, apresentam uma melhor perceção ao nível das características.
- Os professores que apresentam mais conhecimentos sobre o PHDA, apresentam uma melhor perceção ao nível da intervenção.

É de salientar, que todos os dados recolhidos serão confidenciais e apenas com fins para estudo.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração.

Ponta Delgada, 06 de outubro de 2011.

O Docente

Paulo Alexandre Rodrigues dos Santos

Abreviatura: PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

## **ANEXO IV - Autorização do Conselho Executivo**

Exmo. Senhor Presidente do  
Conselho Executivo da Escola Básica  
Integrada de Rabo de Peixe

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para preenchimento de Questionários pelos docentes da Escola Básica Integrada de Rabo de Peixe.

Eu, Paulo Alexandre Rodrigues dos Santos, docente do Departamento de Educação Especial do Grupo – 700 – Educação Especial 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e do Secundário, a desempenhar funções na Escola Rui Galvão de Carvalho, venho por este meio solicitar autorização a Vossa Ex.<sup>a</sup>, o preenchimento de questionários sendo estes (anónimos) a 60 docentes da Escola Básica Integrada de Rabo de Peixe.

Este questionário tem como objetivo, a realização da parte experimental da dissertação no Mestrado em Ciências de Educação/Educação Especial na Universidade Fernando Pessoa com o tema: **Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)**.

Pretende-se com este estudo saber quais as perceções, saber as características e tipo de desadaptação dos Professores do 1º e 2º ciclo em contexto escolar, na Escola Básica Integrada de Rabo de Peixe em relação a alunos com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção.

Assim apresenta-se como objetivos do estudo:

- 1-** Verificar a frequência das diferentes estratégias em conceito escolar do PHDA.
- 2 -** Saber qual o Conhecimento (Exploração das Perceções) dos Docentes do 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico, da EBI de Rabo de Peixe sobre a PHDA.
- 3 -** Comparar as Perceções dos Docentes do 1ºe 2º Ciclo do Ensino Básico, em relação às crianças com PHDA.

**4 -** Verificar que relação existe entre o Conhecimento, Perceções de Impacto e as Atitudes dos Docentes do 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico, em relação às crianças com PHDA.

Hipóteses de Investigação deste estudo:

- Os professores que apresentam mais conhecimentos sobre o PHDA, apresentam uma melhor perceção ao nível do diagnóstico.
- Os professores que apresentam mais conhecimentos sobre o PHDA, apresentam uma melhor perceção ao nível da etiologia.
- Os professores que apresentam mais conhecimentos sobre o PHDA, apresentam uma melhor perceção ao nível das características.
- Os professores que apresentam mais conhecimentos sobre o PHDA, apresentam uma melhor perceção ao nível da intervenção.

É de salientar, que todos os dados recolhidos serão confidenciais e apenas com fins para estudo.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração.

Ponta Delgada, 06 de outubro de 2011.

O Docente

---

(Paulo Alexandre Rodrigues dos Santos)

**Abreviatura: PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**

Tomei conhecimento e autorizo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O Presidente do Conselho Executivo