

Cláudia Teresa Porém Luís Carvalho

**As Atitudes dos Pais perante a Inclusão de Crianças com Perturbação
de Hiperatividade com Défice de Atenção**

Universidade Fernando Pessoa

Porto

2013

As Atitudes dos Pais perante a Inclusão de Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de
Atenção

As Atitudes dos Pais perante a Inclusão de Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de
Atenção

Cláudia Teresa Porém Luís Carvalho

**As Atitudes dos Pais perante a Inclusão de Crianças com Perturbação
de Hiperatividade com Défice de Atenção**

Universidade Fernando Pessoa

Porto

2013

Cláudia Teresa Porém Luís Carvalho

**As Atitudes dos Pais perante a Inclusão de Crianças com Perturbação
de Hiperatividade com Défice de Atenção**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial, sob a orientação do Professor Doutor Joaquim Ramalho.

Resumo

Considerando a importância do papel dos pais como modelos dos filhos podemos admitir que as suas atitudes, positivas ou negativas, influenciam a forma de ser e de estar destes últimos, sendo por isso facilitadores ou condicionantes no processo e no sucesso da educação inclusiva e conseqüentemente na construção de “uma escola para todos”.

Perceber quais as atitudes dos pais perante a inclusão de crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA), numa sala de jardim-de-infância, é o objetivo principal deste trabalho de investigação.

A escolha desta problemática deve-se ao fato de na prática pedagógica e no contacto com os pais, constatar que existe uma dicotomia entre o que é correto e preconizado pela sociedade, fundamentado em legislação e o que realmente acontece.

Também nos parece pertinente perceber as atitudes dos pais das crianças sem problemas perante a inclusão, pois os estudos existentes sobre envolvimento parental no âmbito das necessidades educativas especiais (NEE), referem-se na sua maioria aos pais das crianças com problemas.

É certo que hoje mais do que nunca, defendemos os direitos das crianças os quais são com certeza a expressão dos direitos humanos. Todavia, continuam a ser preocupantes as marcas de exclusão na infância e ainda se ouve dizer amargamente e relativamente a uma criança diferente: “e se o tirássemos da sala, ele é tão mau e nunca está quieto, passa a vida a fazer disparates e a incomodar os outros”

O presente trabalho, incide a sua revisão bibliográfica sobre os temas de inclusão, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, assim como no conceito de atitude e parentalidade, sendo estas também consideradas como as palavras-chave que dão o mote ao referido.

É privilegiada uma metodologia quantitativa, a qual aborda a problemática de uma forma minuciosa e os seus princípios reforçam a pertinência de uma postura interpretativa dos comportamentos e fenómenos sociais.

No que diz respeito à população deste projeto, esta é constituída por trezentos encarregados de educação de crianças dos 3 aos 6 anos de três jardins-escola do

concelho de Alenquer, a referir, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, um jardim- escola da rede pública e um outro privado.

O instrumento de recolha de dados utilizado será um inquérito construído com base na escala de atitudes de Likert, adaptado de Paiva (2007) e aferida para a população portuguesa.

Após a análise dos resultados verificou-se que os pais de uma forma geral estão recetivos à inclusão de crianças com PHDA, embora possamos considerar que mantém algumas reservas atendendo ao facto de um número significativo de respondentes preferir manter a sua resposta no “não concordo nem discordo”.

Verificámos também que na perspetiva dos pais o apoio prestado pela escola às crianças com PHDA não é satisfatório. A família assume um lugar de destaque no que diz respeito a esse mesmo apoio.

Abstract

Having in mind the importance of the role of parents as their children's models, one can admit that their attitudes, either positive or negative, influence the way of being and behaving of the children, thus being facilitators or constraints in the process and success of included education and therefore in the construction of "one school for everyone".

The main goal of this research work is to understand the attitudes of parents towards the inclusion of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a nursery school class.

The choice of this topic has to do with the fact that in the teaching practice and in the contact with parents, one can observe a dichotomy between what is correct and commended by society, based on legislation and what really happens.

It also seems relevant to understand the attitude of children's parents without problems towards inclusion, because the existing studies on parent involvement within the special educational needs refer, in most cases, to the parents of children with problems.

It is true that never as today was so clearly assumed, by various societies, the existence of children's rights that are the expression of human rights. However the exclusion marks in childhood continue to be disturbing and one can still hear people saying in a bitter way about a problem child: "what if we got him/her out of the class, he/she is so mean and is never quiet, always doing silly things and bothering others".

The present assignment focuses its bibliographic review on the themes of inclusion, attention deficit hyperactivity disorder, as well as in the concept of attitude and parenthood, being these also considered as the key words of this project.

It is valued a quantitative methodology, which deals with the problematic in a thorough way and its principles reinforce the relevance of an interpretative attitude of the social behaviour and phenomena.

To what the population of this project is concerned it is made up of three hundred parents/legal guardians of children between the age of 3 and 6 of three nursery schools in the municipality of Alenquer, referring to a private social solidarity institution, a public and a private nursery school.

The data collection instrument will be a survey that will be built on the basis of the Likert attitudes scale, adapted from Paiva (2007) and adjusted to the Portuguese population.

After the analysis of the results it was found that parents generally are receptive to the inclusion of children with ADHD, although we might consider holding some reservations given the fact that a significant number of respondents prefer to keep their response in the "I do not agree nor disagree".

We found that in the perspective of parental support for school children with ADHD is not satisfactory. The family takes a prominent place on that same support.

Agradecimentos

No nosso percurso de vida encontramos sempre alguém que nos ajuda a caminhar, que nos dá força e alento nos momentos difíceis, que partilha as nossas alegrias e tristezas, que nos ajuda a encontrar o caminho certo quando tudo parece perdido, ou que simplesmente está ali “para o que der e vier”.

A realização deste trabalho só foi possível com a presença dos que acima mencionei, a todos eles, o meu muito obrigada!

Aos meus filhos um obrigada especial, por tantas vezes solicitarem a mãe e nem sempre eu poder estar, apesar do esforço.

Para os meus pais, que me ajudaram a ser quem sou e estão sempre ao meu lado.

Para a minha irmã e cunhado, amigos inseparáveis nas horas mais difíceis.

Ao Mário que apesar de tudo também contribuiu em parte para chegar até aqui.

Ao casal Gomes Franco pela ajuda, pelo alento e pelo incentivo e por serem amigos com A (grande).

E a todos os outros amigos que embora não tenham aqui o nome, sabem quem são. Grata por fazerem parte da minha vida.

Finalmente ao Professor Doutor Joaquim Ramalho, pela ajuda, orientação e paciência.

As Atitudes dos Pais perante a Inclusão de Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

Se as crianças vivem com críticas, aprendem a condenar.

Se as crianças vivem com hostilidade, aprendem a ser agressivas.

Se as crianças vivem com medo, aprendem a ser apreensivas.

Se as crianças vivem com pena, aprendem a sentir pena de si próprias.

Se as crianças vivem com o ridículo, aprendem a ser tímidas.

Se as crianças vivem com inveja, aprendem a ser invejosas.

Se as crianças vivem com vergonha, aprendem a sentir-se culpadas.

Se as crianças vivem com encorajamento, aprendem a ser confiantes.

Se as crianças vivem com tolerância, aprendem a ser pacientes.

Se as crianças vivem com elogios, aprendem a apreciar.

Se as crianças vivem com aceitação, aprendem a amar.

Se as crianças vivem com aprovação, aprendem a gostar de si próprias.

Se as crianças vivem com reconhecimento, aprendem que é bom ter um objetivo.

Se as crianças vivem com partilha, aprendem a ser generosas.

Se as crianças vivem com honestidade, aprendem a ser verdadeiras.

Se as crianças vivem com justiça, aprendem a ser justas.

Se as crianças vivem com amabilidade e consideração, aprendem o que é respeito.

Se as crianças vivem com segurança, aprendem a confiar em si próprias e naqueles que as rodeiam.

Se as crianças vivem com amizade, aprendem que o mundo é um lugar bom para se viver.”

Dorothy Law Nolte

Índice

Introdução	15
Capítulo I - Enquadramento Teórico	17
1. Inclusão	17
2. Necessidades Educativas Especiais – O que são?.....	26
3. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção – (PHDA).....	29
3.1 Percurso desenvolvimental dos portadores de PHDA.....	38
3.2 Etiologia	44
3.3 Comorbilidades	49
3.4 Avaliação e diagnóstico	54
3.5 Intervenção e tratamento	58
3.6 Impacto da PHDA na criança e na Família.....	60
4. Atitudes – Definição	62
5. Parentalidade.....	64
CAPÍTULO II - ABORDAGEM EMPÍRICA	73
1.Problemática	73
1.1. Objetivo.....	73
1.2..Questões de investigação	74
2.Metodologia.....	74
2.1. Participantes	75
2.2. Instrumento de recolha material	77
2.3. Procedimentos	78
3. Resultados	80
4. Discussão	104
Capítulo III.....	109
Considerações Finais	109
Referências Bibliográficas	111
Anexos.....	115

Índice de figuras

Figura 1. Comportamentos associados à hiperatividade	81
Figura 2 Análise comparativa de comportamentos cruzada com a variável tipologia de escola	82
Figura 3. Análise comparativa de comportamentos cruzada com o tempo de experiência vivido com alguém com PHDA.....	83
Figura 4. Experiência/ vivência com hiperatividade	84
Figura 5. Grau de parentesco	84
Figura 6. Tipo de apoio dado à criança	85
Figura 7. Grau de satisfação obtido com cada um dos intervenientes.....	85
Figura 8. Satisfação global cruzada com a variável existência ou não de informação sobre a hiperatividade.....	86
Figura 9 . Grau de satisfação obtido com o acompanhamento dado pelos responsáveis de saúde.	87
Figura 10. Grau de satisfação obtido com o acompanhamento dado pelo estabelecimento escolar.....	87
Figura 11. Como promover um melhor enquadramento das crianças com PHDA no jardim.....	88
Figura12. Qual a melhor forma de promover o enquadramento das crianças com PHDA na sala de jardim-de-infância, cruzado com a variável tempo de vivência da experiência	90
Figura 13. Desvio padrão e média das afirmações	90
Figura 14. O contato das crianças com PHDA em salas de jardim-de infância não contribui para que as outras crianças assumam condutas.....	91
Figura 15. A crianças com PHDA não pode enfrentar desafios que se colocam na sala onde estão inseridos em igualdade de situações como as crianças sem problemas	91
Figura 16. É difícil manter a ordem numa sala de jardim-de-infância onde estão incluídas crianças com PHDA.....	92
Figura 17. A eficácia pedagógica dos educadores dos educadores nas salas com crianças com PHDA é reduzida atendendo ao facto de terem crianças com diferentes níveis de capacidade	92
Figura 18. Os educadores de educação especial deveriam os seus colegas educadores e não diretamente as crianças	93

Figura 19. A inclusão de crianças com PHDA numa turma de ensino regular obriga a alterações das atividades normais da sala.....	93
Figura 20. A educação das crianças com NEE numa turma do ensino regular atenua as diferenças entre elas e os seus companheiros ditos "normais"	94
Figura 21. Todas as crianças, quaisquer que sejam as suas NEE, têm o direito a estarem numa sala de jardim-de-infância do ensino regular.....	94
Figura 22. As crianças ditas "normais" que interagem com crianças com PHDA têm menos possibilidade de se desenvolverem cognitivamente.....	95
Figura 23. A inclusão escolar de crianças com PHDA é uma moda e deixará de se praticar que não é rentável a longo prazo	95
Figura 24. A presença de uma criança com PHDA numa sala de jardim-de-infância de ensino regular, não interfere com o desenvolvimento dos seus colegas	96
Figura 25. As crianças com PHDA têm ciclos de atenção mais curtos que as outras crianças pelo que não podem beneficiar das atividades desenvolvidas em turmas de ensino regular	96
Figura 26. A atenção que requer as crianças com PHDA não prejudica o sucesso dos outros alunos.....	97
Figura 27. Os que estão a favor da inclusão de crianças com PHDA numa sala de ensino regular, estão pouco interessados na melhoria da qualidade do ensino.....	97
Figura 28. Se as comunidades educativas fossem responsabilizadas pela conceção/execução dos programas educativos para as crianças com PHDA, estas não apresentariam tantas dificuldades de integração e aprendizagem	98
Figura 29. A presença de uma criança com PHDA numa turma de ensino regular, proporciona novas situações de aprendizagem para outros alunos	98
Figura 30. Ter crianças com PHDA numa turma de ensino regular não é benefício nem para elas nem para as crianças ditas "normais"	99
Figura 31. Incluir na turma crianças com PHDA ocasiona mais benefícios do que problemas	99
Figura 32. A aprendizagem de crianças com PHDA faz-se mais lentamente devido às dificuldades que enfrentam numa turma de ensino regular.....	100
Figura 33. Sem formação especializada dificilmente o educador do ensino regular poderá dar uma resposta adequada às crianças com PHDA.....	100
Figura 34. Sem os recursos didáticos necessários a ajuda do professor de apoio é quase inútil.....	101

Figura 35. Nas classes regulares as crianças com PHDA podem acelerar o seu ritmo de aprendizagem pois tomam como estímulo e modelo os alunos ditos "normais".....	101
Figura 36. A heterogeneidade das turmas não é o fator de insucesso escolar.....	102
Figura 37. Análise comparativa das afirmações cruzada com a variável grau de escolaridade dos respondentes.....	103
Figura 38. Análise comparativa das afirmações cruzadas com variável dos respondentes	103
Figura 39. Análise comparativa das afirmações cruzada com a variável tipologia de escola	103

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra em função da tipologia de escola.....	75
Tabela 2. Questionários distribuídos e recebidos	80

Introdução

Falamos num mundo globalizado, vivemos e defendemos uma sociedade livre e democrata onde se proclamam os direitos de igualdade para todos os cidadãos, independentemente do seu sexo, etnia ou condição social. Contudo, e ao contrário do que possamos pensar a exclusão continua bem presente nos nossos dias ”vestindo diversas roupagens, assumindo formas mais ou menos subtis, não deixa de afetar, academicamente e não só, uma grande parte da população, sobretudo aquela que se afasta dos padrões socioculturais vigentes”(Rodrigues, et al. 2003)

Em relação às crianças, nomeadamente as com necessidades educativas especiais (NEE), consideramos a inclusão e promovemos a escola inclusiva, pois julgamos ser o local ideal para que uma criança cujo desenvolvimento está comprometido faça as suas aprendizagens. Correia (2008), defende que a classe regular tende a ser o lugar ideal para os alunos com NEE fazerem as suas aprendizagens. “ Será aí, na companhia dos seus pares sem NEE, que ele encontrará o melhor ambiente de aprendizagem e de socialização, capaz de, se todas as variáveis se conjugarem, vir a maximizar o seu potencial”(p.7).

Sendo a escola e a educação um direito humano básico, deverão ser considerados como agentes de mudança, contribuindo para uma sociedade futura mais justa e solidária. Mas será que partilhamos todos a mesma ideia, ou quando se trata da inclusão de uma criança com NEE, nomeadamente, com perturbações no comportamento, na sala de jardim-de-infância dos filhos, os pais olham com algum receio, e até com alguma discriminação, dificultando de certa forma o processo de inclusão?

São afirmações como “ e se o tirássemos desta sala, ele porta-se tão mal e está sempre a fazer mal aos outros”, que despoletaram o interesse em perceber realmente as atitudes dos pais das crianças ditas normais, perante a inclusão de uma criança “diferente” (como se não fossemos todos diferentes). Consideramos que existe eventualmente uma dicotomia entre o que é correto e o que se diz ou faz quando a situação nos toca a nós e aos nossos filhos.

Este projeto de investigação debruçar-se-á precisamente sobre este tema, pois consideramos pertinente perceber se os pais das crianças ditas normais, estão recetivos e têm atitudes dessa recetividade, perante a inclusão de uma criança com NEE, nomeadamente com problemas comportamentais, na sala de jardim-de-infância. Neste sentido, surge o tema “As atitudes dos pais perante a inclusão de crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)”.

É um trabalho estruturado em três capítulos que, segundo Carmo e Ferreira (2007) “exige não só que o investigador já tenha anteriormente realizado pesquisa bibliográfica sobre o tema em estudo (...), como também um conhecimento aprofundado sobre os métodos e as técnicas que vai utilizar”. Para o mesmo autor um projeto de investigação deverá constituir um plano detalhado do trabalho que o investigador pretende realizar.

No primeiro capítulo procederemos ao enquadramento teórico, onde serão desenvolvidos e fundamentados os conceitos de inclusão, necessidades educativas especiais, perturbação de hiperatividade com défice de atenção assim como atitudes e parentalidade.

Em relação ao segundo capítulo, será feita uma abordagem empírica, onde explicitaremos a problemática, referindo os objetivos e as questões a investigar.

Posteriormente, serão apresentados os aspetos metodológicos onde serão definidos a população, bem como o instrumento a aplicar/trabalhar que neste caso é um questionário de aplicação direta, bem como todos os procedimentos a ter em conta para a realização do presente trabalho.

Para finalizar o projeto serão analisados os dados feito o respetivo tratamento, e discussão e com os quais, e à luz da revisão bibliográfica permitirão tirar conclusões.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1. Inclusão

Em pleno século XXI, somos assombrados diariamente por novos casos de sofrimento e de exclusão, vemos uma pobreza escondida, outra admitida, pessoas a viver no limiar da miséria, desigualdades sociais, crianças que sofrem, famílias desestruturadas,... Confrontamo-nos com um mundo cruel, onde é difícil viver e muitas vezes de sobreviver. Deparamo-nos com um mundo onde a percentagem dos que são postos de parte, sobretudo daqueles que se afastam dos padrões socio culturais vigentes, é elevada. De acordo com Sarmiento (2003) “a exclusão social não é uma dimensão substantiva, mas resultante de um processo social que favorece apropriações ilegítimas por certos sectores da sociedade e veda a outros o acesso a bens, recursos, condições ou estatutos que lhes permita o usufruto de oportunidades em condições de igualdade” (p.74). Neste sentido, e indo de encontro ao mesmo autor, a exclusão social embora não esteja unicamente relacionada com fatores económicos, está de certa forma associada ao crescimento das desigualdades sociais.

Na sociedade existem grupos mais vulneráveis a exclusão do que outros, as minorias étnicas, o género feminino, e claro as crianças, são exemplo do referido. A taxa de pobreza infantil continua a ter níveis de percentagem elevados, verificando-se grande o número de crianças que vivem em agregados familiares com rendimentos baixos ou muito baixos (Rodrigues, 2003) . De acordo com Annan (cit in Rodrigues, 2003) a infância é um grupo geracional mais vulnerável à fome, às epidemias, aos cataclismos naturais, à guerra. A par de tudo o que foi referido verificamos também em algumas situações a violação dos direitos humanos e das crianças, nomeadamente a exploração de mão-de-obra infantil, assim como o desenvolvimento de redes pedófilas...

A acrescentar temos ainda os que são diferentes na sua condição física, cognitiva ou psicológica. Crianças que nasceram com deficiência seja a que nível for, ou que pelo seu comportamento (normalmente conotado como negativo) se destacam dos outros, e que por estas razões também tendem a ser postos de parte.

Mas é fundamental perceber que “não há cidadania sem cidade, pelo que a administração simbólica da infância, necessita de articular os atores com os seus

contextos de inserção, a condição geracional com a heterogeneidade social, a igualdade de direitos com a diversidade cultural e das identidades individuais e coletivas, a proteção com a participação”, (Rodrigues, et al., 2003, p.79)

Reforçando a ideia, a criança desempenha um papel ativo na sociedade moderna, variando de acordo com os respetivos meios sociais e económicos de pertença. A criança como cidadão/cidadã encontra-se num processo inicial de construção da sociedade. Ela é um sujeito ativo no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, pelo que é fundamental valorizar e respeitar cada uma como sendo única com as suas características e diferenças, partindo do pressuposto que é na diferença que estão as bases para novas aprendizagens (OCEPE, 1997, p.21).

É nessa diferença e no confronto com outros que se distinguem de nós, que construímos a nossa identidade. É nesse confronto que conhecemos o mundo que nos rodeia “enquanto realidade situada, contextualizada, até do ponto de vista relacional, mas também podemos descobrir-nos a nós próprios, enquanto identidade dialógica que somos” (Rodrigues et al, 2003, p.19).

E porque somos diferentes, independentemente da nossa condição física ou social, a inclusão faz todo o sentido. Construir uma sociedade mais igualitária, mais justa, sustentada na participação de todos e para todos é e deverá ser um dos objetivos e preocupações principais de cada um. É pois necessário garantir que “os diferentes tenham direito à sua diferença e, simultaneamente um lugar na escola e na sociedade” (Benavente et al, 1993, p.94).

A escola deverá pois potenciar e desenvolver a igualdade de oportunidades promovendo a capacidade empreendedora de cada um, formando cidadãos conscientes do seu papel na sociedade. Preconizamos desta forma, uma escola inclusiva de todos e para todos.

Inicialmente a escola inclusiva surgiu como resposta à inserção de crianças com NEE. Contudo, acabou por tomar um “sentido mais abrangente, quando a passámos a encarar como uma realidade que se deseja para todos, porque todos somos especiais, todos temos características próprias que nos distinguem dos demais, percursos de vida que são só nossos, sentimentos que vivenciamos, sistemas de valores que construímos”(Rodrigues et al.2003, p.121).

Podemos considerar esta forma de pensamento como sendo recente, nomeadamente no que diz respeito à inclusão de crianças com deficiência ou que embora não tenham deficiência física vêm o seu desenvolvimento comprometido. Até ao séc. XIX, de acordo com Jimenez (1997), as intenções de assegurar a educação a crianças com deficiência eram diminutas, o que se deve concertiza à forma como até então se viam as crianças, nomeadamente as portadoras de deficiência, as quais em muitas sociedades eram marginalizadas e postas de parte, sendo mesmo consideradas como um castigo de Deus, ou até atos de bruxaria (Serrano, 2005).

Só então no início do séc. XIX, e de acordo com o autor supra referido, existiu uma mudança de atitude face à pessoa com deficiência, tomando-se assim a consciência da necessidade de se dar apoio estruturado à pessoa com deficiência. Ao mesmo tempo que esse apoio surgia, protegiam-se também as pessoas ditas normais daqueles que muitas vezes eram considerados como um perigo para a sociedade. Surgia assim a necessidade de uma educação especial, para aqueles que pelas mais variadas razões eram diferentes dos demais. Nesta altura assistiu-se ao desenvolvimento de escolas especiais para a educação de pessoas com deficiência, pois considerava-se que não podiam frequentar o mesmo tipo de ensino padronizado. Embora fosse essa a linha de pensamento da altura, existiram ao longo dos tempos alguns pensadores que mostravam claramente a sua preocupação com as crianças diferentes, nomeadamente Freud, com a sua teoria psicanalista, Binet-Simon e posteriormente Frobel, Montessori, entre outros (Serrano, 2005, p.23). O mesmo autor refere ainda que “as crianças diferentes começam a ser alvo de um novo olhar”(p.23).

Já no séc. XX, nomeadamente na segunda metade, começa a ser posta em causa a escolarização fora do sistema regular de educação, mesmo para aqueles que eram portadores de deficiência. Surge então, em 1959, na Dinamarca o conceito de normalização, o qual é “entendido como a possibilidade de o deficiente mental desenvolver um tipo de vida tão normal quanto possível”, estendendo-se em seguida por toda a Europa e América do Norte”(Jimenez, 1997). O mesmo autor refere que desta forma substituem-se práticas segregadoras por práticas e experiências integradoras. Começam-se a generalizar nas escolas a presença de psicólogos do ensino e da educação, os quais tinham como principal função ajudar os professores a compreender as dificuldades escolares de alguns alunos, (Sarmiento, 2005). Dava-se então início à

“substituição progressiva de um tipo de intervenção clínica ou médica, centrada sobretudo no diagnóstico e tratamento dos transtornos do desenvolvimento e da conduta, para uma intervenção do tipo mais educativo, centrada nos problemas e nas dificuldades de aprendizagem dos alunos e no trabalho escolar”(Cooll et al. Cit in Serrano, 2005).

Em 1978, com o Warnock Report (Sanches & Teodoro, 2006), novas perspetivas foram introduzidas a nível do ensino das crianças em situação de deficiência e das que, por outras razões se viam excluídas. É nesta altura que surge o termo Necessidades Educativas Especiais (NEE). Este relatório, solicitado pelo secretário de educação do Reino Unido a uma comissão de especialistas presidida por Mary Warnock “teve o grande mérito de convulsionar os esquemas vigentes e popularizar uma conceção diferente da educação especial (Marchesi & Martin cit. in Serrano, 2005). Passou-se então de uma perspetiva médica para uma mais educacional e curricular de forma a proporcionar à criança os meios para que ela possa atingir com sucesso os objetivos escolares. De acordo com Brennam (1985) estavam então dados os primeiros passos para as adaptações curriculares. No relatório Warnock foi definido que deverá ser a escola a disponibilizar as respostas diferenciadas para os alunos, tendo por base a natureza dos problemas dos alunos, explicitando por isso uma série de medidas educativas especiais (Serrano, 2005).

Constatou-se que com este relatório puderam não só beneficiar as crianças portadoras de deficiência, mas todos aqueles que por uma ou outra razão não conseguiam acompanhar o currículo escolar (Jimenez, 1997).

Mais tarde, em 1986, nos Estados Unidos da América, Madelaine Will, na altura secretária de estado para a Educação Especial, constatou que existia uma grande percentagem de crianças inscritas nas escolas regulares portadoras de NEE, ou com riscos de desenvolvimento e conseqüentemente de aprendizagem. Neste sentido, apelou para a urgência da mudança, nomeadamente à forma em como as crianças com NEE eram tratadas, alertando para o insucesso escolar e futuramente para problemas sociais como a marginalização, a delinquência, o desemprego (Correia, 2008).

Para Will, (cit. in Correia, 2008), a solução passava pela cooperação entre os professores do ensino regular com os de educação especial, de forma a permitir a

análise das necessidades educativas com problemas de aprendizagem e o desenvolvimento de estratégias que respondessem a essas mesmas necessidades.

Surge então o movimento de “Regular Education Initiative (REI)” o que traduzido significa Iniciativa de Educação Regular ou Iniciativa Global de Educação, hoje consagrado como o princípio da inclusão (Correia, 2008). Com este movimento passou-se a defender a adaptação da escola regular de modo a que maior número de alunos ali pudesse aprender incluindo as crianças com NEE. Uma escola assim responsabilizava quer professores do ensino regular, quer professores do ensino especial a trabalhar em parceria e a encontrar estratégias de modo a que as necessidades educativas de cada criança fossem respondidas.

É certo que inovação tão arrojada suscitasse opiniões divergentes, umas a favor e outras contra. Nos dias que correm, e já passados tantos anos, estas divergências ainda não foram ultrapassadas, não se chegando a um consenso, nomeadamente no que diz respeito à inclusão de crianças com NEE severas.

Rodrigues et al.(2003) considera que “a inclusão encontra-se hoje concetualmente situada entre grupos que a consideram utópica, outros uma mera retórica e outros, ainda, como uma manobra de diversão face aos problemas da escola”(p.91).

Stainback e Bunch (1989) , entre outros afirmavam que que era cada vez maior o número de pais e educadores que defendiam que as crianças com necessidades educativas deveriam ser inseridas numa classe regular, não devendo requerer por isso de um sistema dual de ensino, pois este poderia fomentar atitudes injustas e desapropriadas em relação à educação (cit. in Correia, 2008).

Por outro lado, Kauffman, Braatan, entre outros (cit in Correia, 2008), argumentavam que a investigação existente não apoiava claramente a ideia de que todo o aluno pudesse ser ensinado com sucesso na classe regular, estando por isso longe de atingir os objetivos proclamados pelo princípio da inclusão.

Em 1990, com a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, realizada na Tailândia, foi produzida a declaração onde se propunha estabelecer programas de

resposta às necessidades educativas fundamentais, de forma a garantir a educação básica para todos.

E só em 1994 com a Declaração de Salamanca é assinado o documento que redefine o princípio da inclusão sem exceções e onde existe o “reconhecimento da necessidade de atuar com o objetivo de conseguir escolas para todos – instituições que incluam todas as pessoas, aceitem as diferenças, apoiem a aprendizagem e respondam às necessidades individuais” (UNESCO, 1994).

Assim era definido uma filosofia para todos, surgindo também a noção de escolas inclusivas. É defendido na Declaração de Salamanca (1994) que “todas as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem de ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades; as escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos”. A inclusão passa a ser vista como uma forma de responder positivamente à diversidade dos alunos e de ver nas diferenças de cada um, não uma fonte de problemas, mas uma oportunidade de aprendizagens.

A escola inclusiva deverá assim estabelecer igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência e o direito de todas as crianças à educação, tal como anteriormente proclamado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948. Nesta declaração é preconizado que “todos têm direito à educação...a educação deve ser gratuita pelo menos nos níveis elementar e básico. A educação elementar deve ser obrigatória. A educação deve ser direcionada para o completo desenvolvimento da personalidade humana e o fortalecimento pelo respeito dos direitos humanos e liberdades fundamentais. Promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações, raças e grupos religiosos e assegurará as atividades das Nações Unidas para a manutenção da paz”(Art.º 26º).

Nestes pressupostos, a Declaração de Salamanca acrescenta ainda que a escola, mais do que integrar na classe regular as crianças que à partida estariam excluídas, trata-se de incluir todas as crianças em idade escolar independentemente das suas características físicas, sociais, linguísticas, ou outras e aí mantê-las, criando oportunidades de

aprendizagem bem-sucedidas para todas, fazendo-o através da diferenciação pedagógica.

As crianças com NEE que até aqui tinham uma educação segregada, numa escola diferente, passaram a ser inseridas na escola regular e tal como defende Jimenez (1993), passou a existir um novo modelo de escola onde a educação especial passou a decorrer da mesma forma que a educação regular. Desta feita “ a escola da discriminação deu lugar à escola da integração; a escola da homogeneidade deu lugar à escola da diversidade. Aqui todos ficam a ganhar sejam as crianças portadoras de deficiência ou não, quer pela renovação implementada, quer pelos novos serviços e recursos oferecidos, quer pelo desenvolvimento social promovido pela interação entre as diferentes realidades”(Jimenez, 1993). Numa escola para todos e independentemente das necessidades de cada criança é fundamental ter em conta que cada uma é diferente da outra com as suas próprias necessidades e ritmos.

Para a existência de uma escola inclusiva existe a necessidade de reestruturação da escola e dos currículos os quais devem ser abertos e flexíveis de modo a poderem ser feitas as adaptações necessárias tendo em conta os limites e as potencialidades de cada aluno. A diferenciação pedagógica é o caminho para a inclusão “não se tratando portanto de saber qual é o défice da criança, ou o problema da sua relação familiar, ou do seu percurso educativo, mas de saber o que faz o professor, o que faz a classe, o que faz a escola para promover o sucesso”(Martins, 2005). É fundamental que esta diferenciação não exclua nenhum aluno, nem os categorize, mas que os eduque em conjunto procurando aproveitar o potencial de cada um nas suas diferenças, (Rodrigues et al, 2003), partindo do pressuposto que a criança é um ser ativo na construção do seu desenvolvimento. Há ainda a ter em conta que quando os ambientes educativos não são favoráveis as crianças diferentes são encaradas como tal, o que faz com que as outras crianças também criem uma imagem diferente tornando-as menos capacitadas (Sarmiento, 2005).

Acreditando que este caminho é possível e crucial para o desenvolvimento e criação de novas gerações mais conscientes, solidárias e justas que respeitam a diferença, a escola tem o papel preponderante de criar estratégias que permitam uma maior equidade e uma efetiva igualdade de oportunidades.

Inclusão envolve mudança, tratando-se de um processo de desenvolvimento da aprendizagem e da participação de todos os alunos (Booth & Ainscow, 2002). É um processo gradativo e complexo leva tempo e é necessário que todos os intervenientes interajam. E quando se trata de ação no que diz respeito à inclusão de uma criança com NEE todos temos as nossas funções e responsabilidades, e aqui referimo-nos à Família, à Escola, à Comunidade e ao próprio Estado.

Em Portugal, a evolução da filosofia da Inclusão tem sido um pouco mais lenta, de qualquer forma e de acordo com Serrano (2005), o processo decorria de uma forma mais ou menos similar aos outros países.

Embora existam registos anteriores, no que diz respeito ao trabalho com crianças diferentes e à sua inclusão, citamos neste trabalho a Constituição da República Portuguesa de 1976 a qual consagra nos seus artigos o direito ao ensino e à igualdade de oportunidades, nomeadamente nos artigos 73º e 74º. Contudo, só em 1986 com a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) se começou a assistir a transformações mais profundas no que diz respeito à inclusão.

Um dos objetivos da Lei de Bases do Sistema Educativo é “assegurar às crianças com necessidades educativas especiais específicas, designadamente deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades” (art.º 7º). É então a partir daqui que a educação especial é definitivamente integrada no sistema educativo e são criadas as equipas de educação especial, tidas como “serviços de educação especial a nível local, que abrangem todo o sistema de educação e ensino não superior” (LBSE). Esta lei atribuiu ao Ministério da Educação a responsabilidade de orientar a política da educação especial, dando-lhe as competências para “definir as normas gerais da educação especial, nomeadamente nos seus aspetos pedagógicos e técnicos, e apoiar e fiscalizar o seu cumprimento e aplicação” (LBSE, 1986).

Em 1991, a 23 de agosto, surge o decreto-lei 319, o qual veio regular a integração de crianças com NEE nas escolas regulares, estava proclamada assim, uma educação gratuita, igual e de qualidade que estabelecia a individualização das intervenções educativas através da elaboração de Planos Educativos Individualizados (PEI). Este decreto-lei vem a ser revogado pelo decreto-lei 3/2008, o qual define os apoios

especializados, para os alunos com NEE de carácter permanente, a prestar na educação pré – escolar e nos ensinos básico e secundário, dos setores público, particular e cooperativo.

Colôa (2003) considera que integração é diferente de inclusão. Para este autor, a primeira prepara a criança, em particular as designadas como sendo especiais, para se poderem integrar numa classe regular. A integração é vista por parcelas, ou seja, existe uma integração escolar, social e posteriormente profissional.

Em contrapartida, a inclusão, para o mesmo autor, prepara e desenvolve a escola para alcançar todos os alunos e ultrapassar as barreiras à participação. A escola é tida em conta enquanto microssistema tendo presente todos os contextos onde o indivíduo interage.

Segundo Correia (2008), o conceito de educação inclusiva assenta sobretudo nas seguintes premissas:

- Todos os alunos, designadamente os alunos com NEE, têm o direito a ser educados em ambientes inclusivos e devem ter um currículo adaptado e diversificado;
- Todos os alunos com NEE têm capacidades de aprendizagem e contribuem para a sociedade onde estão inseridos e devem ter igualdade de oportunidades no acesso a serviços de qualidade de forma a poderem alcançar o sucesso.
- Todos os alunos com NEE devem ter acesso a serviços de apoio especializados, sempre que necessitem, de forma a se traduzirem em práticas educativas ajustadas às suas capacidades e necessidades, devendo estes serviços, sempre que possível serem prestados nos ambientes educativos regulares;
- Deve ser dada a oportunidade, a todos os alunos com NEE de trabalharem em grupo e de participarem em atividades extra escolares, eventos sociais e comunitários;
- Todos os alunos devem ser ensinados a admirar o que nos distingue e o que nos aproxima enquanto seres humanos;

- Pais, profissionais e comunidade devem trabalhar em parceria e colaboração, partilhando apoios, decisões e recursos, sendo assim envolvidos no processo educativo;
- Os serviços regionais e locais devem fornecer os apoios e recursos necessários para que as escolas se possam reestruturar, dando atenção devida à diversidade de alunos que as frequentam.

Em suma, podemos considerar que o conceito de inclusão tem vindo a modificar-se ao longo do tempo caminhando assim para uma escola inclusiva, e segundo a UNESCO caminhando também a passos largos para uma sociedade cada vez mais inclusiva. “Estar incluído é muito mais do que uma presença física: é um sentimento e uma prática mútua de pertença entre a escola e a criança...”(Rodrigues et al, 2003). Nesta perspetiva a escola inclusiva deverá ser uma escola que potencia a expressão múltipla das culturas de pertença de cada um. Deverá ser uma escola intercultural, um espaço de intercomunicação e desvelamento das bases simbólicas do pensamento dos alunos e de edificação de protocolos de conhecimento mútuo e de elaboração de bases de interpretação crítica do mundo. Deverá ser uma escola que recusa o pensamento único, a supremacia do conhecimento de uns em detrimento dos outros, o etnocentrismo cultural, mas que defende a diversidade cultural, onde integra a diferença como elemento de ativação pedagógica e fator de reconhecimento da pluralidade social, na linha de um multiculturalismo benigno. (Rodrigues, et al, 2003)

2. Necessidades Educativas Especiais – O que são?

Robert Bach (1990), afirma que “o que é importante sobre as pessoas – é o que é diferente, não o que é igual”. Neste sentido, podemos considerar que cada um é importante pelas suas características próprias que o diferencia do outro, independentemente da sua idade, sexo, etnia, condição física ou social.

Contudo, existe um conjunto de pessoas cujas capacidades, características e necessidades obrigam a que exista uma adaptação a vários níveis, seja escolar, na comunidade ou no meio onde estão inseridos, para que possam ter e usufruir de iguais

direitos das restantes. Correia (2003), considera uma criança com NEE aquela que exhibe determinadas condições específicas e que podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de modo a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal, social e emocional. Este conceito abrange crianças e adolescentes que de certa forma têm uma aprendizagem atípica não conseguindo acompanhar o currículo normal. Para tal são necessárias adaptações curriculares, onde o currículo deverá ser aberto e flexível. Neste sentido, é fundamental que o currículo obedeça a pelo menos três princípios, os quais e de acordo com Molero (1988) são a flexibilidade, o trabalho cooperativo e participativo e o princípio de acomodação. O currículo deverá ser programado tendo em conta a existência de crianças com NEE, incluindo-as nessa mesma programação. Desta forma será preconizada a escola inclusiva, onde as crianças diferentes, de igual forma às outras crianças ditas “normais” têm direito a “um programa de educação público, adequado e gratuito, num meio de aprendizagem o mais apropriado possível, que responda às suas necessidades e ao seu ritmo e estilo de aprendizagem.

A corroborar esta linha de pensamento temos Jimenez (1997), o qual afirma que “o conceito de necessidades educativas especiais está relacionado com as ajudas ou serviços educativos que determinados alunos possam precisar ao longo da sua escolarização, para conseguir o máximo crescimento pessoal e social”(p.10)

As Orientações Curriculares para a Educação Pré – Escolar (OCEPE, 1997) contemplam nas suas diretrizes “o respeito pela diferença” assim como orientam para uma pedagogia diferenciada, centrada na cooperação, onde todas as crianças são incluídas e respeitada a sua individualidade.

O conceito de NEE apareceu pela primeira vez em 1978 aquando do Relatório de Warnock, para dar ênfase ao tipo e grau de problemas para a aprendizagem, caracterizando-os de ligeiros, severos e destes alguns de carácter permanente.

Ainda relativamente ao conceito de NEE, Brennan (1998), defende que este existe “quando um problema (físico, intelectual, emocional, social, ou qualquer combinação destas problemáticas) afecta a aprendizagem a 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”, (cit. in Miranda).

Jimenez , faz referência a Espanha, nomeadamente ao Livro Branco para a Reforma do Sistema Educativa (1989), o qual, no capítulo X define o conceito de NEE da seguinte forma: “partindo da premissa de que todos os alunos precisam ao longo da sua escolaridade, de diversas ajudas pedagógicas de tipo humano, técnico ou material, com o objetivo de assegurar a consecução dos fins gerais à educação, as necessidades educativas especiais são previstas para aqueles alunos que, para além disso e de forma complementar, possam necessitar de outro tipo de ajudas menos usuais. Dizer que um determinado aluno apresenta necessidades educativas especiais é uma forma de dizer que, para conseguir atingir os fins da educação, ele precisa de usufruir de determinados serviços ou ajudas pedagógicas. Desta forma uma necessidade educativa define-se tendo em conta aquilo que é essencial para a consecução dos objetivos da educação”, (cit. in Bautista et al, 1993).

A acrescentar Wedel (cit. in Bairrão, 1998), refere-se ao termo necessidades educativas especiais para o desfasamento existente entre o nível de comportamento ou de realização da criança e o que dela se espera em função da sua idade cronológica

As NEE podem ser de ordem intelectual, de ordem emocional e física e que podem afetar a capacidade de uma criança em atingir o seu potencial máximo no que diz respeito a aprendizagem académica e socio emocional.

Para Correia (2008), estes fatores podem originar “incapacidades” ou “talentos”, assim como podem afetar uma ou mais áreas do funcionamento do aluno e serem mais ou menos visíveis. É de acordo com a necessidade de cada um que se deve adaptar o currículo. O mesmo autor, divide as NEE em dois grandes grupos, as significativas e as ligeiras.

Nas NEE significativas estão incluídos crianças e adolescentes cujas alterações no seu desenvolvimento são significativas e essencialmente provocadas por problemas orgânicos, funcionais e até mesmo por défices socioculturais e económicos graves (Correia, 2008). Para estas crianças a adequação do currículo é normalmente generalizada numa ou mais áreas académicas e/ou socio emocional. Este currículo

deverá ser também objeto de revisão sistemática de acordo com os progressos que a criança faz. As adaptações feitas mantêm-se durante grande parte, ou na totalidade do percurso escolar.

De acordo com Correia (2008), as NEE significativas, agrupam-se como sendo de carácter intelectual, desenvolvimental, motor, processológico, sensorial, emocional, traumatismo craniano, assim como outros problemas de saúde onde se encaixa a PHDA, a diabetes ou a sida.

Quanto às NEE ligeiras, estas caracterizam-se como sendo aquelas cujos problemas ao nível de desenvolvimento se manifestam de uma forma ligeira os quais poderão estar relacionados com a aprendizagem da leitura e da escrita, ou então relacionadas com perturbações menos graves do desenvolvimento motor, perceptivo, linguístico ou socio emocional, (Correia, 2008).

Ao identificar as NEE, o intuito não é catalogá-las ou rotular as crianças delas portadoras, mas sim a partir da sua identificação adequar o currículo às necessidades de cada um. A corroborar o referido o Departamento Federal de Saúde, Educação e Bem – Estar dos EUA (1984), considera que esta identificação é fundamental para se conseguir os serviços necessários, e planificar e organizar programas de apoio de forma a determinar a intervenção mais adequada às necessidades das crianças. Neste contexto é fundamental que os técnicos, educadores, pais e todos os que trabalham com estas crianças tenham conhecimento das características inerentes aos problemas apresentados.

3. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção – (PHDA)

Educar uma criança, nos dias que correm é sem sombra de dúvida um desafio constante para os pais ou para quem delas cuida, mas educar uma criança com perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA), é um desafio ainda maior. É frequente ouvirem-se pais e educadores a referirem-se aos filhos e alunos com esta patologia como sendo inquietos, distraídos, que estão em continuo movimento, que vivem no mundo da lua, não escutam o que lhes é dito, que falam sem parar, não respeitam normas nem limites, são agressivos entre tantas outras coisas.

No presente trabalho de investigação propomo-nos a falar especificamente das crianças com PHDA, muitas vezes confundida com má educação, e por isso mesmo mal interpretada, o que faz com que o problema / doença vá crescendo tomando por vezes proporções difíceis de contornar. “Esta situação causa uma indubitável perturbação no equilíbrio familiar uma vez que, não apresentando as crianças “uma doença” ou um distúrbio psicológico evidente, parece tornar-se “evidente” que se de alguma coisa padecem é de falta de educação. Nada mais errado,” (Lopes, 2004, p.9).

A PHDA, constitui um dos mais importantes, e recentemente talvez o mais estudado, transtorno comportamental em crianças, adolescentes e adultos. Esta perturbação afeta não só o próprio indivíduo, mas também os seus relacionamentos, quer no meio familiar, escolar ou social. Atualmente ainda não se chegou a um consenso acerca da definição exata da problemática. Embora exista muita literatura acerca do tema, e na sua maioria os investigadores consideram que a PHDA se caracteriza por um padrão persistente de falta de atenção e/ou hiperatividade e impulsividade com frequência e severidade maior do que na maioria dos indivíduos as suas denominações são várias, (Pinto, n.d). Talvez por esta razão, existam muitas siglas para definirem o mesmo, tais como perturbação, distúrbio, desordem e até mesmo transtorno.

Atualmente a PHDA, revela um padrão caracterizado por dificuldades persistentes para se concentrar na tarefa, acompanhado por comportamentos hiperativos e impulsivos. “Agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc, são algumas das características atribuídas com frequência a estas crianças”, (Lopes, 2004).

Os primeiros registos relativamente às perturbações da atenção datam dos finais do séc. XIX, nomeadamente de 1889, quando Ribot mencionou que eram classificados de distraídos os sujeitos cuja inteligência era incapaz de se centrar de uma forma estável, passando incessantemente de uma ideia para outra, (Ramalho, 2010). Este conceito também se aplicava em situações onde os sujeitos manifestavam escassa atenção a acontecimentos externos. Também nesta altura foram feitos estudos com pessoas que apresentavam dano cerebral, e sintomas de desatenção, impaciência e inquietação e ainda indivíduos com atraso mental, mas sem história de trauma. Considerava-se que

estes comportamentos nos indivíduos com atraso se deviam a danos ou disfunções cerebrais.

Uma das referências mais significativas sobre a problemática, data de 1902, quando George Still, descreveu vinte crianças no seu consultório com défice de atenção, excesso de atividade, diversos graus de agressividade, hostilidade e conduta desafiante (Ramalho, 2009; Rodrigues n.d.; Selikowitz, 2009). De acordo com Lopes (2004), Still foi talvez o primeiro a descrever um conjunto de sintomas co-mórbidos, que se aproximavam muito aos sintomas manifestantes da PHDA. “Still referiu-se a essas crianças como apresentando uma deficiência do “controle moral”, baixos níveis de “inibição volitiva” e de atenção, agressividade, hiperatividade e, com problemas associado a desonestidade, a crueldade, a desobediência sistemática, e problemas de aprendizagem escolar” (Lopes, 2004).

Para o Dr. Still (1902), estas características não tinham a ver com falta de educação, mas sim com problemas crónicos, alguns até resultantes de herança biológica, problemas relacionados com o parto (pré ou pós parto), disfunções ou problemas ambientais. Também havia registo de alcoolismo, distúrbios afetivos e condutas delinquentes na família (Lopes, 2004; Selikowitz ; 2009).

Entre 1917 e 1918, e após um surto de encefalite, é retomado o interesse, nomeadamente, dos americanos, pela PHDA. Foi verificado que muitas crianças após a recuperação da encefalite ficaram com comportamentos de inquietação, desatenção, impaciência, hiperatividade, dificuldades de relacionamento interpessoal, comportamentos desafiantes (Pinto, n.d).

Entre 1936 e 1941 (Bradley & Bowen,) surgiram diversas investigações, de carácter essencialmente bioquímico, definindo a PHDA como Disfunção Cerebral Mínima (Ramalho, 2010), esta considerada como uma lesão cerebral mínima, cuja hiperatividade era controlada com anfetaminas e drogas antidepressivas, as quais também melhoravam significativamente o sucesso escolar (Lopes, 2004). A disfunção Cerebral Mínima designava, e de acordo com Veciana (2002) “uma perturbação no desenvolvimento do cérebro infantil na qual as associações neuronais, responsáveis por determinadas funções, não maturam de acordo com a idade da criança, estabelecendo

conexões entre si, apenas de uma forma descontinuada e insatisfatória” (cit. in Ramalho, 2009).

Todavia o conceito definido levantava alguma controvérsia, sendo que Childers (1935), questiona a existência de danos cerebrais em crianças cujos antecedentes eram omissos quanto à existência de tais lesões (Lopes, 2004).

A par desta conceção aparecem outras tentativas de explicação da PHDA, nomeadamente a psicodinâmica. Na Europa, Heuyer (1914) relaciona a hiperatividade com distúrbios do carácter ou instintos morais, enquanto que nos EUA a patologia aparece ligada a manifestações de conflitos inconscientes não resolvidos decorrentes de perturbações na relação entre pais e filhos (cit. in Fonseca, 1998). É esta conceção da PHDA cuja causa reside em ambientes familiares desajustados e pais perturbados que perdura até aos dias de hoje (Barkley, 2006).

Nos anos 50, surge um novo termo aplicado às crianças hiperativas, o de “distúrbio hiperquinético-impulsivo”, isto porque esta problemática começou a ser vista de acordo com uma perspetiva comportamental, “em que as aproximações às perturbações de atenção passaram por ser caracterizadas pelo facto de se traduzirem unicamente numa tipologia comportamental de atividade motora excessiva”, (Ramalho, 2009).

Na década de 60 surgem os manuais de diagnóstico e classificação com o intuito de tornar a denominação consensual definida agora como reação hipercinética da infância para o DSM – II e de síndrome hipercinético da infância para o CIE-9.

Nos anos 70, com os trabalhos de Douglas e colaboradores (cit. in Fonseca, 1998), as características principais da PHDA passam a ser o défice de atenção prolongado e o controlo da impulsividade.

Estas características passam a estar patentes no DSM – III (1987), onde aparece o transtorno de défice de atenção com e sem hiperatividade. A desatenção surge como uma das características juntamente com a hiperatividade.

Na década de 80 com Barkley (1982) surge “uma nova visão das perturbações da atenção e da atividade motora excessiva” O mesmo autor considera que existe uma

alteração do desenvolvimento da atenção, da impulsividade e da conduta regida por regras que se inicia nos primeiros anos do desenvolvimento. Acrescenta ainda que é significativamente crónico e permanente, não se devendo a atrasos mentais, défices neurológicos ou outras alterações emocionais graves. “Esta nova visão trata-se de uma alternativa ao modelo atencional, que na sua primeira época se baseia fundamentalmente no fenómeno da desinibição comportamental, apoiado nos trabalhos realizados por Skinner” (Ramalho, 2009).

A PHDA era então considerada como uma condição de desenvolvimento incapacitante, geralmente crónica e com uma forte predisposição biológica ou hereditária o que constitui um impacto negativo para as crianças por ela afetadas a todos os níveis da sua vida. “O seu grau de severidade, comorbilidade e as suas consequências são hoje vistas como dependentes de fatores ambientais, especialmente de fatores familiares” (Baptista, 2012). O tratamento para os portadores era equacionado recorrendo a vários métodos e profissionais. O mesmo autor refere ainda que o foco de intervenção passou a centrar-se na família ao nível dos problemas parentais e disfunções familiares e nas crianças nomeadamente no que diz respeito ao controle da raiva e das competências sociais. Nesta altura é também demonstrada a importância dos antidepressivos tricíclicos e dos anti-hipertensivos, (Barkley, 2006).

A década de 90 foi pautada por uma série de desenvolvimentos notáveis no que diz respeito à problemática. Aumentou o interesse pelos fatores biológicos e genéticos desta perturbação, começando-se então a valorizar “não só os aspetos biológicos e comportamentais, mas também os aspetos mais cognitivos” (Ramalho, 2005). Estes novos desenvolvimentos permitiram relacionar a base da PHDA mais com os fatores genéticos e neurológicos e não tanto com fatores sociais ou ambientais como se chegou a preconizar. Barkley (2006), considera que passou a ser reconhecida a ideia de que um défice na inibição comportamental poderia ser a característica da PHDA que mais facilmente a distinguiu das outras perturbações mentais e de desenvolvimento. É também nesta altura que surge a possibilidade de existir um subtipo predominantemente desatento, sem comportamento hiperativo – impulsivo ou combinado, (Baptista, 2012).

Com a publicação do CID-10 (1993), da Organização Mundial de Saúde, passou-se a fazer referência a transtornos hipercinéticos que se fundamentavam essencialmente em

seis critérios como nos esclarece Ramalho (2005), nomeadamente a “presença conjunta de sintomas básicos, como seja a falta de atenção, inquietação e mobilidade excessiva; (2) estimativa da gravidade dos problemas, tomando como ponto de referência as capacidades intelectuais dos sujeitos; (3) avaliação do traço permanente ou situacional das alterações; (4) observação direta da sintomatologia; (5) ausência de psicose e distúrbio afetivo; (6) início precoce e persistência temporal da sintomatologia” (p. 92).

O DSM – IV - TR (APA, 2002), consagra uma nova subdivisão da sintomatologia, assim como o valor que os sintomas apresentam, o que difere da classificação acima descrita, provocando assim alguma controvérsia, (Ramalho, 2010). O Manual de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria considera que os sintomas principais das perturbações da atenção, são o défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. Desta forma, podemos considerar que o referido manual de diagnóstico agrupa por um lado os sintomas e hiperatividade-impulsividade e por outros os sintomas de desatenção, o que dá origem a três subtipos de crianças: as predominantemente hiperativas-impulsivas, as predominantemente desatentas e as que reúnem os dois subtipos, sendo por isso consideradas de subtipo combinado. É também dado forte ênfase ao despiste e à necessidade de este ser realizado em “contextos estruturados, com maior destaque para as salas de aula, (Lopes, 2004), sendo que esses sintomas deverão também ocorrer em pelo menos dois contextos distintos. Os professores poderão assim ser considerados como “observadores privilegiados “ desta perturbação.

Nesta perspetiva a PHDA é uma perturbação que ocorre habitualmente na primeira e segunda infância ou na adolescência estando inserida no quadro das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, (Ramalho, 2010), existindo cinco critérios que a definem. Critério A define que a característica principal é a falta de atenção e /ou a impulsividade/hiperatividade, com uma intensidade mais frequente e grave do que o habitualmente observado nos sujeitos com o mesmo nível de desenvolvimento. Critério B refere que alguns dos sintomas de hiperatividade-impulsividade e falta de atenção deverão ocorrer antes dos sete anos de idade, contudo poderão ser diagnosticados posteriormente e após a prevalência de alguns anos com esta sintomatologia. No critério C, está definido que alguns dos sintomas devem ocorrer em pelo menos dois contextos distintos. Um outro critério é que devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

Finalmente o critério E considera que esta perturbação não ocorre exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica não sendo melhor explicada por outra Perturbação Mental (APA, 2002).

De acordo com Lopes (2004), e nos últimos 20 anos não surgiram novas teorias acerca da PHDA que viessem acrescentar muito ao já descoberto, no entanto as teorias já existentes impulsionaram ainda mais a investigação com base na neuropsicologia.

A PHDA é considerada por Forster & Fernández (2003), como um transtorno de conduta crónica, com um substrato biológico importante de várias causas, com base genética e formada por um grupo heterogéneo de crianças, onde estão incluídas crianças cuja inteligência é considerada normal mas que apresentam dificuldades significativas em adequar o seu comportamento e /ou aprendizagem, estão combinados sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade que se manifestam desde cedo, mas que estão mais patentes aquando da idade escolar (cit. in Pinto, n.d).

A PHDA, para Antunes (2009) indica uma dificuldade na seleção dos estímulos relevantes, em manter a atenção orientada durante um período de alguns minutos. As manifestações clínicas desta perturbação podem começar desde cedo, em idade pré – escolar com alterações significativas de comportamento, prolongando-se depois para a idade escolar e assim sucessivamente (Pereira, 2008).

Segundo Pinto (n.d.), a PHDA constitui uma perturbação crónica que evolui ao longo da vida e cujas características evoluem também. Enquanto crianças pequenas as características mais comuns e disfuncionais são o excesso de atividade motora e a impulsividade. Na adolescência as características mais notórias são o défice de atenção e a impulsividade.

Dados recentes indicam ainda que os sintomas de PHDA, nomeadamente a dificuldade de concentração e a impulsividade podem persistir no adulto, manifestando-se este pouco organizado, com dificuldades de planificação nas suas atividades, impaciente, com uma memória pobre, dificuldades na leitura e na escrita e baixa autoestima.

Antunes (2009) considera que “uma forma interessante de olhar para o problema é imaginar a criança com PHDA como sendo um carro sem travões: incapaz de travar as distrações – desatento; incapaz de travar os desejos – impulsivo; incapaz de travar as ações – hiperativo”.

Posto isto e embora reconheçamos que este transtorno é um dos mais comuns na infância, e que ocorre em várias culturas a investigação e as definições existentes continuam a não ser unânimes, contudo é consensual a sua prevalência (Ramalho, 2010). Considera-se que existe entre 3 a 7% de crianças em idade escolar afetadas pela PHDA, embora estas taxas possam variar de acordo com a amostra populacional e o método de avaliação (APA, 2002). Os estudos efetuados referem ainda que entre “50% a 80% dos sujeitos que manifestam PHDA durante a infância, experimentam ainda dificuldades significativas relacionadas com esta perturbação durante a fase adulta” (Ramalho, 2009). De qualquer forma é de referir que a maior percentagem de crianças com PHDA é registada possivelmente antes dos cinco anos de idade.

É também de salientar que existe um maior número de rapazes diagnosticados com esta perturbação do que raparigas, provavelmente porque o comportamento destas é considerado menos agitado e agressivo, sugerindo-se assim que existe um subdiagnóstico para esta situação. Os rapazes são mais agressivos, impulsivos e com condutas disruptivas, logo mais fáceis de identificar, (Pinto, n.d). Para o mesmo autor, as discrepâncias verificadas relativamente ao sexo devem-se a fatores como a cultura/educação, onde essas crianças estão inseridas, aplicação desigual de critérios de diagnóstico, assim como questões físicas, sendo que estas últimas estão na maioria das vezes relacionadas também com questões hormonais e de maturação do sistema nervoso central.

No que diz respeito à cultura, nomeadamente a ocidental, podemos dizer que se esperam comportamentos diferentes para rapaz ou para rapariga que de certa forma acabam também por influenciar a forma como se olha para esse mesmo comportamento.

Nos critérios de diagnóstico para os rapazes hiperativos destacam-se comportamentos como a impulsividade, a falta de atenção, problemas de comportamento e condutas antissociais e agressivas. Já para as raparigas valorizam-se critérios como a falta de atenção, impulsividade e mobilidade excessiva.

Para que seja diagnosticada PHDA, o DSM- IV- TR, (APA, 2002) define que a perturbação requer a existência persistente de pelo menos seis sintomas de uma lista de nove, relacionadas com a atenção. Os sintomas são: não presta atenção a pormenores/detalhes e comete erros por descuido nas tarefas que realiza; tem dificuldade em manter a atenção em tarefas e atividades; não escuta o que lhe dizem diretamente; não segue instruções e tem dificuldade em terminar os trabalhos e ou atividades iniciadas, não sendo por falta de compreensão das regras; tem dificuldade em organizar tarefas e / ou atividades; evita fazer tarefas ou atividades que requeiram um maior esforço mental; perde com frequência objetos necessários à realização de tarefas; distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; esquece-se frequentemente das atividades quotidianas.

Quanto aos sintomas de hiperatividade, estes também devem ser considerados seis ou mais com uma persistência de pelo menos seis meses, e uma intensidade acima do que é considerado normal. O DSM-IV-TR (APA, 2002) considera então os seguintes critérios: movimenta excessivamente mãos e pés, mesmo quando está sentado; levanta-se com frequência em situações que se esperava que estivesse sentado; corre e salta excessivamente em situações despropositadas; tem dificuldade em jogar ou a entregar-se a atividades de ócio; está permanentemente em movimento, como se estivesse ligado a um motor; fala excessivamente.

Para a impulsividade, os critérios definidos pela Associação Americana de Psicologia (2002) são três e são os seguintes: com frequência precipita as respostas sem antes ter terminado a questão; tem dificuldade em esperar pela sua vez; interrompe ou interfere com frequência a atividade dos outros.

O diagnóstico deverá ser feito de acordo com cada um dos subtipos, tendo em atenção que embora a maioria dos sujeitos apresentem sintomas quer de desatenção, quer de hiperatividade-impulsividade, existem sujeitos nos quais há um predomínio maior de um padrão ou de outro.

De acordo com Ramalho (2009), para melhor se poder compreender os diferentes subtipos de PHDA é fundamental que sejam definidos alguns dos problemas que lhe estão associados. Acrescenta ainda que a hiperatividade corresponde ao aumento exagerado da atividade motora e é um sintoma evidente em crianças e adolescentes. Por

seu lado a “impulsividade corresponde a uma falha ao nível da inibição dos impulsos de carácter nervoso, instintos e reflexos que implica agir sem ponderar as consequências da ação”(p.96).

A PHDA tipo misto é aplicada quando seis ou mais sintomas de desatenção e de hiperatividade persistem há pelo menos seis meses.

A PHDA tipo predominantemente desatento é usado quando existem seis ou mais sintomas de desatenção e menos de seis de hiperatividade-impulsividade, e persistem pelo menos há seis meses.

A PHDA tipo predominantemente hiperativo acontece quando existem seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade, porém menos de seis sintomas de desatenção e se ambos persistem há mais de seis meses.

3.1 Percurso desenvolvimental dos portadores de PHDA

Primeira infância

Para a Associação de Psiquiatria Americana (2002) os sintomas da PHDA são mais proeminentes durante os primeiros anos de vida. À medida que as crianças se desenvolvem os sintomas tendem, normalmente, a ser menos importantes. A corroborar o referido, Ramalho (2009) considera que a PHDA “constitui uma perturbação com características desenvolvimentais com carácter crónico que, embora vá sendo atenuada com o decorrer do ciclo vital, essencialmente na sua componente hipercinética, afeta as capacidades de resposta ao meio dos seus portadores ao longo de todo o seu processo desenvolvimental” (p.97)

Segundo Barkley (2006), a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, hiperatividade e impulsividade, os quais surgem frequentemente no início da infância. Para o mesmo autor a maioria das crianças manifesta sintomas de PHDA, antes dos cinco anos de idade, com exceção daquelas que desenvolvem hiperatividade secundária, originada por uma lesão cerebral ou traumatismo neurológico.

Podemos considerar que na primeira infância as crianças já podem apresentar indícios de PHDA. São na sua maioria bebés irritáveis, muito ativos, com padrões irregulares de alimentação, que apresentam dificuldade em dormir e em brincar sozinhos. São muitas vezes criança que reagem de um modo despropositado perante os estímulos do meio, com uma necessidade de atenção continua, uma excessiva atividade psicomotora e com uma baixa tolerância à frustração (Ramalho, 2009). Alguns bebés podem resistir aos afetos e carícias dos adultos, como se sentissem que estes os restringem mais.

É de referir que os indicadores mais fiáveis durante a primeira infância são a partir do momento em que a criança começa a andar. Podem muitas vezes começar a andar precocemente e estarem sempre em movimento. Devido à sua impulsividade, hiperatividade, e dificuldades de coordenação motora, são crianças mais propensas a acidentes. A desobediência e a teimosia são na maioria das vezes os indicadores mais visíveis, até porque nesta idade as crianças têm pouca capacidade de concentração e atenção.

Por volta dos dois anos, as crianças com PHDA são consideradas umas verdadeiras aventureiras, não têm medo de nada e tendem a destruir muitas vezes o que apanham (Pinto, n.d). Os pais queixam-se muitas vezes que não param quietos e que não se entretêm com nada.

De acordo com Ramalho (2009), este padrão que caracteriza as crianças com PHDA, origina nos pais, nomeadamente naqueles que podemos considerar mais competentes e responsáveis sentimento de impotência pessoal e frustração.

Os problemas identificados na idade pré – escolar tendem a persistir até à idade escolar, havendo grande relação.

Segunda infância

Devido à energia que as crianças desta idade apresentam é por vezes difícil fazer a distinção entre as crianças que têm PHDA e as que não têm, (Ramalho, 2009).

À medida que a criança com PHDA se torna mais velha, a desobediência em público tende a tornar-se mais problemática e a gerar situações complicadas para os pais.

Existem mesmo famílias que evitam sair e aparecer com os seus filhos. A criança pede coisas constantemente, fica impaciente e faz verdadeiras birras se os seus desejos não são satisfeitos. Começa a tornar-se opositora e desafiante. Problemas de sono e de higiene poderão continuar a persistir numa pequena percentagem das crianças.

Tornam-se crianças com temperamento explosivo e colérico quando contrariadas, agressivas e com pouco sentido de responsabilidade, por vezes egoístas e que querem porque querem o que é dos outros. Apresentam na maioria das vezes grande dificuldade de relacionamento com os pares, assim como em reconhecer posturas e aspetos relevantes da comunicação verbal (Ramalho, 2009). São frequentemente expulsas e afastadas das brincadeiras das outras crianças por agredi-las, pois têm dificuldade em partilhar de uma forma cooperativa. A sua baixa capacidade para lidar com a frustração resulta também muitas vezes na agressão aos outros.

Apresentam também dificuldades ao nível do auto controlo podendo apresentar uma hiperatividade e impulsividade de tal forma acentuadas que não permitem a supervisão nas salas de pré-escolar. Nestas situações pais e professores sentem-se incompreendidos, procurando muitas vezes a ajuda mútua. Começam a perceber que os métodos utilizados para as outras crianças não funcionam com as que têm PHDA. “A capacidade para as controlar é dificultada pela sua imaturidade e pela ausência de «locus» de controlo interno necessário para se sentirem, mesmo com a promessa de recompensas imediatas ou de ameaças de punição” (Pinto, n.d.).

Etapa escolar

Com a entrada na escola e com as exigências que esta acarreta em estar atento, e ficar quieto, os comportamentos tendem a agravar-se, pois são crianças muito imaturas a todos os níveis. Começam a apresentar dificuldades na aprendizagem, não conseguem, estar sentadas muito tempo, seguir instruções, respeitar regras, cooperar, partilhar, organizar o material, realizar tarefas até ao fim tornando-se por vezes crianças isoladas (Lourenço, 2009).

Geralmente são descritos como autoritários, imaturos e egoístas e parecem não ter muito sentido de conveniência social. Revelam dificuldades em se interessar pelas tarefas e persistir na realização das mesmas, perturbam a turma com frequência, manifestam falta

de atenção. Pinto (n.d.), acrescenta que muitas vezes devido ao seu comportamento e desempenho acabam por ficar retidas logo nos primeiros anos com a expectativa de que amadureçam, sejam menos disparatadas, menos impulsivas e menos reativas. Porém as mudanças são muito poucas e a criança continua a apresentar dificuldades no seu dia a dia. O seu comportamento perturbador e as dificuldades de aprendizagem são na maioria das vezes frustrantes quer para a criança quer para o professor o que poderá gerar sentimentos mútuos de aversão e até mesmo de hostilidade (Vasquez, 1997).

À medida que o volume de trabalho aumenta e requer mais capacidades de concentração, organização e motivação, os sintomas da perturbação podem vir a tornar-se mais pronunciados, sobretudo no tipo desatento. “São evidenciadas as dificuldades de carácter cognitivo, que resultam de fatores diversos como a impulsividade e deficientes capacidades de focalização e manutenção da atenção”(Ramalho, 2009).

As crianças portadoras de PHDA manifestam padrões executivos bastante variáveis ao longo do tempo, sendo que por vezes até conseguem realizar de forma correta a tarefa, assim como terminá-la a tempo e com uma postura correta, noutras alturas, o desinteresse e a falta de motivação e atenção é tanta que nem sequer a iniciam (Ramalho, 2009).

Quanto às suas relações sociais, são latentes as dificuldades de relacionamento apresentando “fracos padrões de relacionamento com os pares e com as figuras significativas” (Ramalho, 2009). Devido ao afastamento das outras crianças, a criança com PHDA, tende a ser solitária e a traduzir os seus sentimentos em acções, gerando muitas vezes discussões e mentiras o que também de certa forma influencia o nível de violência, podendo mais tarde vir a gerar perturbações de conduta.

Salienta-se que as crianças com PHDA tipo desatento são por vezes mais bem recebidas no seio das outras crianças, pois são mais passivas, indolentes e sonhadoras (Pinto, n.d.).

Atendendo a todas estas referências, a auto estima das crianças com PHDA também está fragilizada, “manifestando sentimentos de frustração, incompetência, dificuldades de aceitação pessoal e vão desenvolver níveis de auto conceito bastante baixos” (Ramalho, 2009).

Adolescência

Por si só esta fase da vida já acarreta grandes mudanças e alterações a todos os níveis, físicos, comportamentais e emocionais. “Todas estas mudanças podem provocar alterações internas, nomeadamente ao nível da auto estima e o auto conceito, mas também alterações externas, como sejam o relacionamento familiar e com os pares” (Ramalho, 2009). Para as crianças com PHDA a adolescência constitui também um período difícil da sua vida devido ao aumento da exigência ao nível da responsabilidade, identidade, mudança de aparência corporal, aceitação por parte do grupo, relacionamento com o sexo oposto, ...

Nesta fase existe um conjunto de sintomas de PHDA que podem ser cada vez mais notórios e que são reflexo do que está para trás, como baixa auto estima, depressão ou frustração pelo insucesso vivido até então.

A situação escolar continua a ser um dos maiores problemas do adolescente com PHDA, que tem no seu percurso de vida académica enormes falhanços e insucessos. De acordo com Lourenço, (2009), a criança com PHDA torna-se num adolescente com pouca capacidade de concentração, um estilo cognitivo impulsivo, distúrbios de comportamento e ocasionalmente dificuldades específicas de aprendizagem. São reveladas mais dificuldades ao nível da destreza manual, da aritmética e da compreensão da leitura e da escrita. Devido ao seu comportamento apresentam também um elevado número de expulsões e suspensões escolares, registando-se um maior abandono escolar (Ramalho, 2009).

A nível social, os problemas também se agravam, pois para além de apresentarem problemas de conduta bem mais severos, trazem atrás de si um percurso de vida marcado pela rejeição. Os seus pares evitam-nos pois mostram-se demasiado imprudentes e com um comportamento desajustado. Não conseguem interpretar as pistas sociais, ignorando as convenções estabelecidas como a partilha, o saber esperar, a relação com os outros, o respeito. É também nesta fase da vida que existe maior propensão para abusos de substâncias tóxicas e álcool (Barkley, 1998).

É de salientar que muitas das crianças com PHDA, têm uma redução motora entre os 13 e os 19 anos de idade, de qualquer forma, e de acordo com Salgueiro (1983), a criança

transforma-se num adolescente menos irrequieto, mas com problemas de atenção e concentração, de fadiga fácil e baixo rendimento escolar.

A relação familiar também se agrava quer devido à sua agressividade, quer devido ao seu comportamento imaturo, já pouco admissível nesta fase (Lourenço, 2009).

Vida adulta

Na maioria das vezes os comportamentos com características hiperativas e de impulsividade vão sendo atenuados com a chegada à vida adulta (Ramalho, 2009). De acordo com as estatísticas, cerca de 40% das crianças consegue ultrapassar a perturbação, antes ou durante a adolescência, os outros 60% constituem o grupo dos adultos com PHDA, embora alguns dos principais sintomas tidos em criança ou na adolescência tendam a desaparecer (Pinto, n.d.), no “entanto continuam a persistir padrões comportamentais de défice de atenção associados a comportamentos de ansiedade e inquietude, de falta de premeditação, de descuido e falta de verificação, de desorganização, de falta de planificação, baixa memória a curto prazo e de dificuldades em estabelecer e manter uma rotina diária adequada particularmente a nível laboral” (Ramalho, 2010).

É de salientar que para que em adulto seja diagnosticado PHDA é obrigatório demonstrar que a perturbação esteve presente na infância, o que pode ser difícil nalgumas situações pois o próprio pode não se lembrar, e os pais poderão estar demasiado idosos ou já terem falecido. Por outro lado, na idade adulta é frequente existirem outras situações de perturbação, como por exemplo a esquizofrenia, ou a depressão as quais podem ser confundidas com a PHDA (Lourenço, 2009).

De acordo com Brown (2003), os sujeitos que em criança manifestavam PHDA – D, são aqueles que apresentam maior persistência dos sintomas na fase adulta, isto porque os padrões de défice de atenção têm tendência a persistir ao contrário da hiperatividade e impulsividade (cit. in Ramalho, 2009).

Os adultos com PHDA apresentam dificuldade em planear e organizar o seu dia a dia, não conseguindo dar prioridades o que provoca um enorme desgaste e stress. São indivíduos que deixam os trabalhos pela metade, interrompem a meio o que estão a

fazer e começam outra coisa. São por norma pessoas com dificuldade em gerir a situação financeira, têm menos escolaridade, procuram constantemente estimulação externa, são menos autónomos, menos organizados, têm dificuldade em organizar atividades com os filhos e apresentam uma progressão mais lenta a nível educacional, académico e profissional (Ramalho, 2010).

No seio social são pessoas com maior propensão a acidentes de carro, têm uma maior mobilidade geográfica, e exibem muitas vezes comportamentos antissociais. Continuam a prevalecer os problemas de auto estima agora intensificadas com uma maior dificuldade de adaptação.

3.2 Etiologia

Embora a PHDA seja uma das perturbações da infância e adolescência mais estudadas as suas causas ainda são hoje desconhecidas. Lourenço (2009) considera que “os progressos ao nível da genética, neuro imagem e conceptualização da PHDA, nos anos 90 têm sido substanciais e de importância inestimável para a compreensão do problema”(p. 28). Contudo podemos considerar que ainda estamos longe de conhecer quais os mecanismos que desencadeiam e mantêm os comportamentos dos sujeitos hiperativos, (Lopes, 2004).

Os estudos efetuados revelam que este é um transtorno heterogéneo sem uma causa única para o seu aparecimento.

Têm sido avançadas muitas teorias para explicar a etiologia da PHDA, algumas delas suportadas de forma científica outras nem tanto e com certeza de menor relevância. Hoje podemos considerar que a PHDA não é provocada por má educação, nem por uma alimentação rica ou pobre em açúcar, nem tão pouco por aditivos alimentares, (Lopes, 2004; Ramalho, 2009). De acordo com Lopes (2004), e para a maioria da comunidade científica, as causas da PHDA têm mais a ver com fatores internos do próprio indivíduo do que fatores externos relativos ao meio. A completar o referido, o mesmo autor menciona que a PHDA “parece depender muito mais de anormalidades do desenvolvimento do cérebro, decorrentes de fatores hereditários , do que de fatores ambientais” (p. 133). De qualquer forma não é possível descurar que este último desempenha um papel potenciador ou moderador da PHDA, embora não seja a sua

causa direta. Contudo, existem cientistas que consideram que as interações que se estabelecem entre vários fatores de risco ambientais e biológicos são a causa da PHDA.

Fatores neurológicos

Ao longo dos anos, as causas da PHDA estiveram relacionadas com fatores biológicos, pelo que, e de acordo com Ramalho (2009), as investigações realizadas neste âmbito tenham pretendido analisar a eventual relação que existe entre a hiperatividade e as alterações estruturais do cérebro.

Os estudos neurológicos consideram que as crianças com PHDA podem ter um qualquer tipo de disfunção em determinadas regiões do cérebro associadas ao controlo e à regulação da atenção, estado de vigília e atividade. Estes fatores poderão estar na base de determinadas perturbações psíquicas, em especial a excessiva atividade motora, a ansiedade, impulsividade ou a falta de atenção. Contudo, e de acordo com Lopes (2004), sabe-se que entre 5-10% das crianças com PHDA poderão ter desenvolvido hiperatividade na sequência de uma lesão cerebral ou por outra qualquer anomalia. A corroborar o referido Batista (2002) refere que de acordo com os estudos elaborados foram identificadas semelhanças entre os probl (Cruz, 2005)emas de comportamento das crianças com PHDA e sujeitos que sofreram lesões cerebrais na área frontal do cérebro.

Por outro lado, alguns estudos científicos referem que os portadores de PHDA, têm alterações na região pré – frontal do cérebro e nas suas conexões. É esta região do cérebro a responsável pela inibição do comportamento, assim como pela capacidade de prestar atenção, memorizar, organizar, planear...O que está alterado nesta região cerebral é o funcionamento de substâncias químicas, os neurotransmissores (nomeadamente a dopamina, a serotonina e noradrenalina), que passam a informação aos neurónios. Estes neurotransmissores são diretamente responsáveis pelo comportamento, pelas emoções e pela cognição. Uma concentração dos neurotransmissores, superior ou inferior pode ter efeitos disruptivos significativos nas emoções e comportamento (Pinto, n.d.).

Nas crianças com PHDA, verifica-se também uma diminuição da atividade elétrica do cérebro, assim como uma diminuição no fluxo sanguíneo, o qual está realmente associado à baixa produção de dopamina (Lopes, 2004).

Fatores hereditários

Uma outra teoria desenvolvida com o intuito de explicar a etiologia da PHDA é a que concebe que esta perturbação é resultante de um distúrbio neurobiológico hereditário. “De uma forma geral foram comparados o desenvolvimento e as características dessas crianças com as dos seus familiares “ (Ramalho, 2009). A PHDA tende a manifestar-se em diferentes elementos da mesma família, podendo-se dizer que é comum que as crianças com PHDA tenham um ou mais familiares onde o transtorno se encontra presente.

A fundamentar o referido, Pinto (n.d.), relata-nos os estudos realizados em 1990 por Biederman et al. os quais estimaram que entre 20 a 32% dos pais das crianças com PHDA também têm esse transtorno. Mais tarde, Faraone (1992) mostrou que 57% das crianças com PHDA têm pais que sofrem da patologia e que existe um risco de aparecimento de 15% nos irmãos (cit. in.Pinto, n.d.).

É certo que também podemos considerar que existem influências ambientais onde a criança aprende a comportar-se de acordo com aquilo que vê. Contudo, os estudos genéticos provam que os genes embora possam não ser a causa da perturbação, são a predisposição para tal. Os estudos realizados com filhos gémeos e filhos adotados e a comparação com pais biológicos e pais adotivos de crianças com PHDA provam exatamente o referido. A propósito do indicado, Antunes (2009), acrescenta ainda que “o impacto do fator genético no diagnóstico da PHDA é semelhante ao da estatura dos progenitores na altura dos filhos” (p.152).

Para Lopes (2004) “é inequívoco o papel desempenhado pela hereditariedade na PHDA”. Mesmo assim é importante salientar que nesta perturbação, assim como em qualquer outra relacionada com o comportamento, não devemos falar em determinação genética, mas sim em predisposição ou influência genética (Pinto, n.d.). Quer isto dizer que essa predisposição não envolve apenas um único gene, mas sim vários genes.

Fatores pré e perinatais

Ao referirmo-nos a estes fatores partimos do pressuposto que a PHDA, é também influenciada por fatores resultantes do meio pré natal, a por complicações que surgem durante a gravidez ou parto. Alguns fatores pré natais considerados como influenciadores da PHDA são o alcoolismo materno, as infeções da mãe, anoxia intra uterina e hemorragia cerebral. Como fatores peri natais podemos contemplar o nascimento prematuro, doenças infecciosas entre outros.

Também Moreno (1995) considera que as crianças prematuras, com baixo peso ao nascer, que sofreram anoxia durante o parto ou infeções neonatais têm probabilidades de desenvolver problemas de conduta e de hiperatividade.

Entre as consequências mais comumente associadas a problemas durante o desenvolvimento pré e peri natal encontramos as dificuldades de aprendizagem, as disfasias, o atraso mental, o deficiente crescimento físico, assim como atrasos no desenvolvimento da linguagem e do desenvolvimento global (Pinto, n.d.; Ramalho, 2009).

De acordo com a literatura consultada, podemos verificar que variáveis como o excessivo consumo de álcool, o consumo de tabaco e o stress da mãe são fatores de influência na PHDA (Barkley, 2002 ; Pinto, 2011; Ramalho, 2010). Num estudo realizado em 1975 e referido por Barkley (2002), verificou-se que ao comparar mães de crianças hiperativas e de crianças sem a perturbação apurou-se que as primeiras, consumidoras de tabaco em excesso a mais do dobro das segundas, tiveram filhos com dificuldade na aprendizagem da leitura. O mesmo autor, refere ainda um outro estudo, este realizado em 1992, onde foi investigada a exposição direta ao fumo durante a gravidez, revelando-se que as crianças filhas destas mães manifestaram grandes probabilidades de virem a ter problemas de comportamento significativos.

No que diz respeito ao consumo de álcool verificou-se que filhos de mães alcoólicas apresentam maior probabilidade de desenvolver problemas de comportamento relacionados com a hiperatividade e falta de atenção. Desta forma, a quantidade de álcool parece estar relacionada com o grau de risco de hiperatividade e falta de atenção,

dificuldades de aprendizagem, agitação motora (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Ramalho, 2009).

Fatores psicossociais

A procura das causas da PHDA tem abarcado diferentes perspetivas na investigação, tal como pudemos constatar ao longo do desenvolvimento do presente trabalho de investigação. Os fatores neurobiológicos, os genéticos e os pré e perinatais são os que oferecem maior consistência e credibilidade científica. Mesmo assim, e de acordo com Ramalho (2009), os fatores biológicos não são os únicos a explicar a PHDA, podendo até serem fatores de pouca relevância até porque “muitas crianças, ainda que tenham, antecedentes biológicos ou genéticos, não desenvolvem transtornos de conduta e outros, sem indícios neurológicos ou complicações pré ou perinatais, manifestam problemas de comportamento e problemas de falta de atenção cognitiva”(p. 110).

Esta constatação levou a que alguns dos investigadores considerassem os fatores psicossociais, como sendo também fatores explicativos da causa da PHDA.

É dado adquirido e para tal contribuiu a teoria de Erikson, que o desenvolvimento de cada um, para além de se processar por etapas, processa-se também pela relação que o sujeito tem com o meio. Os fatores psicossociais são condicionantes ou facilitadores do sucesso ou insucesso de cada um.

De acordo com Falardeau (1997), é cada vez mais evidente que problemas familiares, e económicos aumentam o risco das crianças desenvolverem problemas comportamentais e emocionais (cit. in Lourenço, 2009).

O sistema de valores que cada família adota para si, determina o que esperam de cada criança que vive no seu seio. Desta forma foi verificado que em famílias estruturalmente e economicamente desfavorecidas existe uma maior propensão para o desenvolvimento de agitação e instabilidade emocional, (Ramalho, 2011).

3.3 Comorbilidades

As crianças que apresentam PHDA têm uma maior tendência para apresentar também problemas associados, nomeadamente no que diz respeito a problemas de comportamento, de aprendizagem ou de funcionamento social e emocional. A estes problemas associados dá-se o nome de comorbilidade, a qual é um termo médico utilizado que se refere à coexistência de transtornos ou doenças. Por vezes a PHDA está associada a outras disfunções ou problemas psicológicos, que se desenvolvem secundariamente como consequência da perturbação, tais como a Perturbação de Oposição e Desafio (POD), a ansiedade, os tiques ou as depressões.

Antunes (2009), considera que da investigação realizada menos de 1/3 apresenta a perturbação em “estado puro”, ou seja sem outras perturbações associadas. O mesmo autor revela que cerca de 40% de crianças com PHDA apresenta associado POD, cerca de 34% apresenta quadros de ansiedade, 11% tiques e 4% apresenta associado um quadro clínico de depressão.

É fundamental reconhecer as perturbações que surgem associadas à PHDA de forma a se realizar um diagnóstico credível e fiável, e proceder ao respetivo tratamento.

Para que possa ser considerado comorbilidade Artigas – Pallarés (2003) considera que são necessárias duas condições. É necessário que a presença da comorbilidade condicione uma forma de apresentação, prognóstico e abordagem terapêutica distinta para cada processo co – mórbido. A segunda condição para aceitar que estes dois processos são co - mórbidos, em sentido restrito, é que a frequência com que um aparece quando o outro está presente seja mais alta que a prevalência isolada da população geral (cit. in. Ramalho, 2009).

Podemos então considerar comorbilidades entre a PHDA e os transtornos da linguagem, as perturbações de conduta, o desenvolvimento perceptivo-motor, a perturbação de relacionamento, depressão e ansiedade, tiques, dificuldades de aprendizagem, perturbações da leitura, perturbações do cálculo e as perturbações da escrita.

Comorbilidade entre a PHDA e as perturbações de conduta

As crianças portadoras de PHDA podem vir a desenvolver transtornos de conduta. Este é um fenómeno que de uma forma preocupante se encontra em crescimento, nomeadamente no seio de crianças e jovens.

Aqui podemos encontrar Perturbações de Conduta e Perturbações de Comportamento Oposicional, o qual tem uma prevalência que varia entre os 2 e os 6% (dependendo da natureza da amostra e dos critérios de avaliação) sendo que neste universo cerca de 60% são rapazes e 40% raparigas. Esta perturbação é caracterizada segundo o DSM - IV-TR (2002) como sendo um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiante, desobediente e hostil relativamente às figuras de autoridade. Estes comportamentos revelam um padrão recorrente de dificuldades ao nível do auto controlo e da atenção recorrente da sua impulsividade.

Quanto à Perturbação de Conduta, esta apresenta como principal característica um padrão de comportamento persistente e repetitivo, onde são violados os direitos básicos dos outros, ou importantes regras sociais. Estas crianças podem ser fisicamente cruéis com as pessoas e com os animais, ameaçam, intimidam e agridem os outros. São crianças ou adolescentes que se enfurecem com frequência, discutem frequentemente, desafiam ativamente os adultos, fazem deliberadamente e com frequência coisas que aborrecem os outros, culpam os outros pelos seus erros, ficam furiosos e ressentidos, são por norma maldosos ou vingativos, utilizam uma linguagem obscena ou calão, são agressivos, cruéis, e desrespeitam e desconsideram os outros (APA, 2002).

Podem existir dois subtipos desta perturbação, os quais são definidos de acordo com a idade em que se iniciou a perturbação. Assim podemos ter uma Perturbação de Conduta tipo início na infância, ou tipo início na adolescência.

Quanto à prevalência e de acordo com a APA (2002), esta perturbação parece ter aumentado nas últimas décadas e com maior incidência nas zonas urbanas do que nas rurais. As taxas variam entre os 1 e aos 10% dependendo da natureza da amostragem e dos métodos de análise.

Comorbilidade entre PHDA e transtornos na linguagem

De acordo com estudos efetuados, cerca de 20% das crianças com PHDA apresentam problemas na linguagem (Ramalho, 2009). Embora sejam bons comunicadores o seu rendimento quando lhes é solicitada alguma tarefa linguística é significativamente baixo.

Este tipo de tarefas requer um grande nível de atenção, assim como inibição, memória a curto prazo, planificação e organização, tudo características que as crianças com PHDA não apresentam.

Para além do referido, e de acordo com Ramalho (2009) os portadores de PHDA apresentam um discurso peculiar que os diferencia dos outros. Para além de falarem demasiado, falam de uma forma mais espontânea, têm dificuldade no reconhecimento e manutenção das pausas linguísticas durante uma conversa, utilizam mais palavras menos específicas, apresentam dificuldade em adaptar a sua linguagem à personalidade do interlocutor e não diferenciam a forma como se dirigem aos pares ou a figuras significativas (p.116).

Comorbilidade entre a PHDA e os percetivo-motores

Os portadores de PHDA são considerados ao nível psicomotor como tendo um desenvolvimento de certa forma deficiente quando comparado com outros mas que não têm a perturbação. Apesar de serem muito agitados, apresentam na maioria das vezes movimentos rígidos e com pouca flexibilidade, assim como pouca coordenação motora seja ela fina ou grossa.

Pelas razões acima descritas, as crianças com esta perturbação têm um risco maior de cair e sofrer acidentes resultantes da sua descoordenação.

Comorbilidade entre a PHDA e a depressão e ansiedade

A PHDA provoca em quem a tem um desgaste emocional. Os portadores desta perturbação são pessoas/crianças/adolescentes, que ao longo da sua vida foram passando por inúmeras dificuldades a todos os níveis, académicos, sociais, familiares. O seu insucesso, fracasso, desorganização são uma constante. A auto estima é muito reduzida e a capacidade de lidar com a frustração é quase nula. Tudo isto provoca no

individuo uma perda de controlo que afeta “negativamente a sua perceção ao nível das competências pessoais, que acabam por originar estados depressivos” (Ramalho, 2009).

De acordo com Pinto (n.d.), a depressão surge em cerca de 20% das situações. Este estado está envolto em sintomas como a fadiga, o nervosismo, alteração de peso... e resulta de todo o desconforto e vivências negativas provocadas pela PHDA. Nestas situações a auto estima ainda é mais baixa pois todo o seu percurso de vida foi marcado por castigos, repreensões, comentários negativos...sentindo-se o sujeito quase incapaz de resolver e enfrentar o futuro, estando envolto numa profunda tristeza, num estado crónico e intenso de preocupações, e isolamento.

É importante que quando existe esta comorbilidade e no que diz respeito à intervenção psicofarmacológica, se dê prioridade ao tratamento dos sintomas do transtorno afetivo, (Ramalho, 2009).

No que diz respeito à ansiedade podemos considerar que este é um transtorno de preocupação interminável. Para Pinto (n.d.), cerca de 30% dos portadores de PHDA apresentam uma comorbilidade de ansiedade.

No caso das crianças, e segundo Ramalho (2009), este estado de ansiedade caracteriza-se essencialmente por uma perturbação de ansiedade de separação, nomeadamente dos pais, em condutas de evitamento de situações sociais e também numa preocupação excessiva em determinados problemas.

São pessoas que vivem por antecipação e toda a sua vida é um problema, sentem uma dificuldade imensa em relaxar vivendo sempre numa verdadeira agitação, são por norma tensos e apresentam muitas vezes dores físicas provocadas por essa mesma tensão.

Comorbilidade entre a PHDA e os tiques

Os distúrbios dos tiques afetam cerca de 11% dos portadores de PHDA (Antunes, 2009). Os tiques são movimentos motores repentinos de curta duração. São considerados “contrações de cariz nervoso e involuntário” que afetam diferentes partes do corpo com particular incidência nos músculos faciais, oculares e ombros.

A Perturbação de Gilles de la Tourette é considerada a forma mais extrema do transtorno dos tiques. Esta perturbação é caracterizada por movimentos involuntários mas de grande intensidade, sons guturais e emissão de palavras.

Comorbilidade entre a PHDA e as dificuldades de aprendizagem

As dificuldades de atenção, o reduzido tempo de concentração, a desorganização são fatores que condicionam o sucesso escolar das crianças com PHDA, assim como a sua capacidade de desempenho.

Embora este seja um fato constatado, nem sempre os fracos resultados académicos são compreendidos. Ramalho (2009), corrobora esta afirmação quando diz que “devido à peculiaridade das dificuldades cognitivas e motivacionais que caracterizam a PHDA, tem sido, por vezes, difícil demonstrar que as crianças que apresentam esse tipo de perturbação não conseguem obter melhores resultados académicos,”(pág. 122).

De acordo com estudos elaborados verificou-se que existe uma distinção nas dificuldades de aprendizagem de acordo com o tipo de PHDA. Assim as crianças que apresentavam PHDA do tipo desatento tinham mais dificuldades do que aquelas que apresentavam PHDA do tipo misto, sendo que estes se encontravam mais predispostos para manifestarem problemas comportamentais na sala de aula, (Ramalho, 2009).

Comorbilidade entre a PHDA e as perturbações de leitura

A dificuldade e a perturbação na leitura é mais uma das comorbilidades encontradas nas crianças com PHDA. Estas dificuldades prendem-se essencialmente com a compreensão literal, assim como com aspetos relacionados com o léxico e com a parte fonológica.

Também aqui se verificam diferenças das dificuldades consoante o tipo de PHDA manifestado. Os estudos realizados concluíram que no tipo desatento as crianças apresentavam mais dificuldades nos processos semânticos assim como na compreensão do próprio texto, no que diz respeito aos erros ortográficos e de leitura, estes também eram mais frequentes.

Comorbilidade entre a PHDA e as perturbações de cálculo

De acordo com o trabalho que se tem vindo a desenvolver podemos desde já assumir também que as crianças com PHDA apresentam dificuldades nas capacidades de raciocínio lógico e de cálculo. Este tipo de aprendizagem necessita de um envolvimento ativo das crianças e de uma capacidade de memória grande, para além de exigir capacidade de atenção, concentração, tudo capacidades que as crianças com PHDA têm na sua maioria de uma forma muito deficitária. Para além disso também estamos a falar de um raciocínio abstrato o faz aumentar a dificuldade (Ramalho, 2009)

As crianças com PHDA do tipo hiperativo são as que manifestam maiores dificuldades de cálculo, devido à sua impulsividade (Ramalho, 2009).

Comorbilidade entre a PHDA e as perturbações da escrita

Devido a todos os processos que a escrita exige de cada um de nós, este é uma das áreas fortemente afetada pela PHDA, pois a informação sobre o que se quer escrever tem que ser recuperada da memória a longo prazo e armazenada na memória de trabalho ou a curto prazo, ao mesmo tempo que se planificam as frases e se revem ideias. É pois por apresentarem estas dificuldades que as crianças portadoras desta perturbação se recusam por vezes a escrever e desenvolvem de certa forma uma aversão e atitudes negativas relativamente à escrita, apresentando assim um baixo rendimento em termos de leitura e produção escrita.

3.4 Avaliação e diagnóstico

Nem todas as crianças que vivem “no mundo da lua”, ou que são agitadas são hiperativas, impulsivas ou desatentas. É importante ter em conta que podem existir outros fatores associados semelhantes que durante um período de tempo levam a que a criança tenha comportamentos idênticos aos da PHDA. Referimo-nos por exemplo a inaptações pontuais à escola, falta de motivação, perturbações emocionais, condições de saúde, situações familiares, entre outros.

Embora a PHDA seja uma das perturbações da infância e da juventude mais estudada o seu diagnóstico não é de fácil deteção, até porque não existe um comportamento igual para todas as crianças de forma a podermos conceber um diagnóstico fiável.

Queremos com isto dizer que “os sujeitos com PHDA constituem um grupo heterogéneo, no qual nem todos apresentam alterações das mesmas condutas, não coincidem na sua frequência e importância nas situações ou contextos em que se revelam ou demonstram a perturbação. Para além disso, diferem também relativamente à origem e às possíveis causas dos problemas” (Ramalho, 2009). Deve ser tido em conta que nalgumas situações, os sintomas que normalmente são apresentados como característicos do problema, podem vir a diminuir de intensidade e até de presença de acordo com a idade e o género, falamos por exemplo da hiperatividade e da desatenção (Lopes, 2004).

Barkley (1998) considera que a avaliação da PHDA deverá envolver o uso de múltiplos processos e instrumentos, direcionando-se para o estabelecimento do diagnóstico.

Por tudo o que foi referido é fundamental que o diagnóstico seja multidisciplinar e que as avaliações realizadas contemplem os diferentes contextos onde a criança está inserida. Só com um bom diagnóstico se pode proceder à intervenção adequada, seja ela medicamentosa ou não.

Atualmente não existe um só teste físico, psicológico ou neurológico que permita avaliar e diagnosticar a criança com PHDA. Existem sim um número de procedimentos de avaliação que em conjunto definem o problema.

Neste contexto, podemos considerar que os pais e professores desempenham um papel fundamental na obtenção do diagnóstico.

O DSM-IV-TR e o CID – 10 oferecem-nos um conjunto de critérios, que reconhecem maior consenso no corpo clínico, que nos permitem avaliar a situação de cada uma das crianças. Um dos critérios definidos é que os sintomas se manifestem em mais do que um contexto onde a criança está inserida. Lopes (2004) salienta que mais do que o contexto é o tipo de tarefas a determinar, pois a reação das crianças depende com certeza de vários fatores que estão associados a essa mesma tarefa, nomeadamente o interesse que ela poderá ter ou não para a criança e até mesmo o estímulo dado.

Para além dos critérios nos manuais a avaliação da PHDA deverá ter em conta outras informações baseadas noutros diagnósticos, nomeadamente exames clínicos e outros

instrumentos de diagnóstico, assim como na recolha de informação de quem lida diariamente com as crianças como os pais e professores. Também a informação que a própria criança dá é relevante.

Neste pressuposto, e de acordo com Lopes (2004) o diagnóstico deverá compreender as seguintes etapas: entrevista com a criança e com os pais realizadas por um médico, psicólogo ou com formação na área, exame médico, preenchimento de questionário pelos pais, entrevista com os professores, preenchimento de questionário pelos professores, observação direta dos comportamentos nos diferentes contextos de vida.

No que diz respeito aos exames médicos é importante que os portadores de PHDA realizem um exame neurológico, assim como um exame eletroencefalográfico, embora este não seja o suficiente para definir o diagnóstico, devendo por isso ser considerado como um auxiliar que abarca dados relativos à maturidade bioelétrica cerebral, (Ramalho, 2009).

Relativamente à avaliação médica, esta deve para além de a anamnese ter em conta o funcionamento intelectual da criança, as competências de raciocínio, o uso da linguagem, a impulsividade, o défice de atenção, a atividade motora, o comportamento geral da criança...aqui também o psicólogo desempenha um papel importante. Este deverá, através da aplicação de diferentes instrumentos de avaliação, retirar dados importantes que para além de permitirem a elaboração do diagnóstico, facilitam o processo de intervenção terapêutica.

Quanto às entrevistas é importante que estas sejam semi estruturadas e estruturadas de forma a que consigam explicar a dimensão fenomenológica que as escalas ou outros instrumentos não conseguem. Estas entrevistas deverão ser feitas a pais e crianças sendo que os primeiros e porque observaram a criança ao longo da sua vida numa variedade de situações têm uma perspetiva única do desenvolvimento do filho.

Na entrevista com a criança, esta poderá dar a indicação ao observador de vários tipos de problema, é possível perceber como é que ela se sente relativamente a si própria e às dificuldades que tem no meio que a rodeia. É fundamental que se consiga estabelecer uma relação com a criança, de forma a ganhar a sua confiança.

Também a entrevista com o professor é muito importante, ele possui informações diferentes daquelas que os pais podem dar, pois muitas vezes a criança tem atitudes diferentes na escola que não tem em casa.

Um outro instrumento utilizado para a avaliação e diagnóstico da PHDA são as escalas de classificação estruturadas. Estas escalas permitem recolher uma grande quantidade de informação num curto espaço de tempo. São também denominadas de questionários ou inventários. As escalas são instrumentos indiretos de recolha de informação retrospectiva, que incluem um conjunto diversificado de itens (Lourenço, 2009).

De acordo com Barkley (1998) as escalas de avaliação comportamental, tal como os questionários e os inventários têm-se tornado elementos chave no processo de identificação da patologia.

São muitos os instrumentos desta natureza que permitem avaliar a PHDA, as mais utilizadas são os critérios do DSM IV – TR (2002) e a Escala de Avaliação de Conners para Professores – Revista (Conners, 1997). Tal como referimos anteriormente as primeiras são as que registam maior consenso para o corpo clínico. O manual da APA (2002), define que os critérios de diagnóstico de falta de atenção devem de persistir num mínimo de seis sintomas, enquanto que os critérios de hiperatividade e impulsividade devem também ser num mínimo de seis e em conjunto. Qualquer um destes sintomas deve persistir pelo menos durante seis meses “e com uma intensidade desadaptativa e inconsistente, em relação ao nível de desenvolvimento do sujeito avaliado” (Ramalho, 2009).

Para além das escalas acima referidas, existem outras também muito utilizadas como a Escala de Evaluación del Transtorno por Défice de Atención com Hiperactividad (Farré & Narbona, 2003, cit. in Ramalho, 2009). Esta, deverá ser aplicada a crianças entre os 6 e os 12 anos de idade, e permite uma medição dos sintomas da PHDA e dos transtornos de conduta que possam eventualmente coexistir.

Segundo Lopes (2004) uma outra escala, também bastante utilizada é a ADHD Rating Scale – IV (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998). Este manual contém normas que permitem fazer a comparação entre o comportamento que seria esperado para a idade e o que efetivamente a criança tem. De acordo com o mesmo autor, é tanto mais

importante quanto o facto da PHDA ser “provavelmente mais uma diferença de grau do que uma diferença qualitativa relativamente à normalidade” (p.153). Outras vantagens a associar a esta escala é que ele possui normas diferenciadas para rapazes e para raparigas, assim como possui também versões para preenchimento quer para os pais, quer para os professores.

Tal como tem vindo a ser referido as crianças com défice de atenção apresentam baixo rendimento escolar, embora cientificamente ainda não se possa afirmar (Ramalho, 2009). Neste sentido, uma avaliação pedagógica precoce é fundamental de forma a que se possam colmatar as dificuldades escolares das crianças adaptando o currículo de acordo com as necessidades e interesses de cada um, de modo a que essas dificuldades possam vir a ser superadas.

3.5 Intervenção e tratamento

Sabendo que a PHDA não se trata de uma doença propriamente dita e que acompanha a criança durante a sua vida, podemos considerar que não existe uma cura para a perturbação. De acordo com Lopes (2004) aprende-se a lidar com a situação procurando mantê-la dentro dos limites de forma a que ela se torne o menos gravosa possível para quem a tem assim como para quem o rodeia, diminuindo o grau de sofrimento.

O autor supra referido, considera que existem três abordagens fundamentais na intervenção da PHDA, são eles a medicação, as intervenções comportamentais, e as intervenções cognitivas- comportamentais, acrescenta ainda que existem também contextos primários como a família e secundários como a escola, que são fundamentais nessa mesma intervenção.

Para Ramalho (2009) a intervenção na PHDA passa pela medicação, mas também pela intervenção comportamental, pela cognitivo-comportamental e pela psicoeducativa.

No que diz respeito à medicação, embora o seu uso esteja envolto em grande controvérsia, poderá ser considerada como um meio para permitir uma melhor qualidade de vida para o indivíduo portador da PHDA diminuindo o seu desgaste pois o cérebro passa a ter o funcionamento facilitado (Pinto, n.d.).

O principal objetivo da intervenção farmacológica, nomeadamente os estimulantes, é o de incidir nos neurotransmissores e permitir a adequação dos diversos impulsos nervosos mediados pela dopamina ou noradrenalina, estimulando assim o córtex pre-frontal. A utilização destes fármacos permite que a criança rentabilize a atenção, a memória, a concentração, o controlo dos impulsos, o controlo motor, o controlo da agressividade, permitindo assim uma melhoria no desempenho escolar (Pinto, n.d; Ramalho, 2009).

Para além dos psicostimulantes é também frequente o uso de antidepressivos os quais para além de diminuírem os sintomas da PHDA, podem também reduzir os sintomas de depressão, ansiedade e agressividade.

É fundamental ter em conta que por si só, a medicação não é suficiente para o tratamento da PHDA, obtém-se melhores resultados quando esta é combinada com outro tipo de terapias como é por exemplo a comportamental.

As terapias comportamentais, e de acordo com Ramalho (2009) baseiam-se na “aplicação de reforço e /ou promoção de comportamentos adequados e na inibição de comportamentos inadequados, controlando condições ambientais para que a modificação de conduta possa acontecer”(p.143).

Nestas terapias podemos incluir o treino de presença de estímulos distratores, assim como a intervenção com técnicas de reabilitação comportamental. As primeiras contemplam planos de treino para que o indivíduo se alheie aos estímulos exteriores não relevantes como por exemplo as cores, o tamanho, o movimento...dos objetos. Quanto às segundas técnicas referidas servem para alterar determinadas condutas e comportamentos considerados inadequados e desajustados, substituindo-os por comportamentos mais positivos e efetivos. As técnicas de reabilitação comportamental mais utilizadas são as técnicas operantes de reforço ou punição de conduta (Ramalho, 2009).

Também incluído nas técnicas comportamentais temos as estratégias de solução de problemas, as quais englobam para além das estratégias de identificação e avaliação do problema mas também as alternativas para o resolver e a sua verdadeira aplicação e manutenção.

Também o treino de auto instruções poderá ser uma estratégia relevante de intervenção na PHDA. Esta estratégia prende-se essencialmente com a verbalização por parte do sujeito das atividades a realizar logo uma auto consciência. Para Ramalho (2009) este tipo de estratégia permite a focalização e a manutenção atencional de uma forma mais eficaz, uma vez que se tornam mais conscientes.

No que diz respeito à intervenção cognitiva, capacita o individuo de estratégias que permitam controlar a sua própria conduta. Aqui insere-se a intervenção em treino em habilidades intencionais.

Quanto à intervenção psicoeducativa, passa por uma série de orientações escolares e familiares dadas com o intuito de melhorar o rendimento escolar. E porque trabalhar com crianças com PHDA em sala de aula, é uma tarefa particularmente difícil (Lopes, 2004), é fundamental que o professor estabeleça um plano de ação consistente, prolongado e atual, para trabalhar com estas crianças de forma a que o percurso escolar possa ser o melhor possível aumentando assim a capacidade de auto estima, diminuindo os pensamentos depressivos e melhorando também o relacionamento entre pares.

A relação que o professor estabelece com o aluno assume também extrema importância. De acordo com Rodrigues (2005) mais do que modificar maus comportamentos é fundamental promover ambientes próprios, que vão ao encontro do potencial das crianças com PHDA.

E porque o sucesso não depende só da escola, e a família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da criança é importante que os pais também estejam munidos de estratégias que facilitem a sua tarefa enquanto educadores (Lopes, 2004, Ramalho, 2009).

3.6 Impacto da PHDA na criança e na Família

Ao contrário do que se possa pensar, esta perturbação está associada a sofrimento, quer das crianças, quer das famílias. Educar uma criança não é tarefa fácil, educar uma criança com PHDA é um verdadeiro desafio às capacidades dos pais. E porque as crianças com PHDA são aparentemente saudáveis, não é fácil perceber porque é que este tipo de crianças consegue ser na maior parte das vezes tão cansativo, desgastante,

incapaz de respeitar regras, por isso considerados como mal-educadas. Até porque situações como a desobediência, comportamentos opostos, birras, e comportamentos inadequados são comportamentos intoleráveis para a sociedade em geral e por isso mesmo conotados negativamente e frequentemente relacionados às condutas de agressão, desafio, não-aceitação (Ramalho, 2001)

De acordo com Lopes (2004), “esta situação causa uma indubitável perturbação no equilíbrio familiar uma vez que, não apresentando as crianças uma “doença” ou um distúrbio psicológico evidente, parece tornar-se evidente que se alguma coisa padecem é de falta de educação”(p.9). Os pais destas crianças estão sujeitos a uma grande pressão social, sendo alvos constantes de juízos de valor negativos.

As férias, os fins de semana, as saídas à rua, o próprio dia a dia são desgastantes e os pais são sujeitos a várias situações embaraçosas que causam neles um verdadeiro desgosto, pois apesar dos seus esforços para educarem a criança ela está constantemente a “portar-se mal” (Lopes, 2004; Pinto, n.d.).

A gestão de expectativas dos pais relativamente ao comportamento dos filhos é enorme, existindo sempre a perspectiva de que algum dia esta situação irá mudar.

Esta perturbação aumenta nas famílias os níveis de stress, aumento de incidência de depressão, aumento das tensões conjugais o que muitas vezes leva ao divórcio. Os relacionamentos familiares são com frequência caracterizados por ressentimento e hostilidade, até porque muitas vezes os pais consideram que o comportamento das crianças é voluntário. Surge a discórdia familiar e as interações negativas entre pais e crianças são frequentes.

A relação do casal é inevitavelmente prejudicada pela existência de uma criança com PHDA. Para além de terem menos tempo para si, acabam muitas vezes por se culparem mutuamente pelo fato do filho ser diferente. Certo é de que estas recriminações mútuas provocam uma instabilidade ainda maior a nível familiar, acabando por vezes em divórcio, aumentando os níveis de ansiedade das crianças tornando o seu comportamento cada vez mais instável.

É fundamental que os pais de uma criança com PHDA tenham consciência que ninguém tem culpa deste tipo de comportamento, muito menos a criança a qual é sem sombra de dúvida uma vítima desse mesmo comportamento o qual lhe causa angústia (Lopes, 2004).

Por esta razão quanto mais precoce for o diagnóstico, maior sucesso terá a intervenção feita e menor sofrimento terá a criança e aqueles que a rodeiam. Realça-se aqui, a importância da Intervenção Precoce na deteção atempada e “prematura” do problema.

4. Atitudes – Definição

O conceito de atitude é um termo de extrema importância para a Psicologia Social, contudo a sua definição ainda não é consensual. Sabe-se que as atitudes são inerentes ao ser humano e que fazem parte integrante da sua vida. No nosso dia-a-dia, manifestamos aquilo que gostamos e desgostamos, diferenciamos o que é bom do que é mau, em relação a objetos, pessoas ou acontecimentos, dizendo por outras palavras temos atitudes.

Ao longo dos tempos, a definição de atitude tem-se vindo a alterar, surgindo desta forma diferentes significados. A atitude poderá ser considerada por alguns autores como sendo uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento (Lima, 1993). Para outros ela é uma tendência psicológica que é expressa pela avaliação de uma entidade particular com algum grau favorável ou desfavorável. Nesta definição de atitude é realçada a capacidade de resposta de cada um, a determinado assunto, objeto..., podendo estas respostas serem positivas ou negativas.

Rodrigues (1972), ao definir atitude salienta a sua componente afetiva. Este autor considera que a “atitude é um sentimento pró ou contra um objeto social sendo que este pode ser uma pessoa, um acontecimento social ou qualquer produto da atividade humana”

Uma outra definição é dada por Lamberth (1980), o qual considera atitude como sendo “uma resposta de carácter avaliativo relativamente estável face a um objeto que tem

componentes cognitivas, afetivas e provavelmente comportamentais” (cit. por Pinheiro, 2009).

Neste sentido, e tendo em conta que uns autores evidenciam o aspeto afetivo, outros o avaliativo e outros a capacidade de resposta, podemos considerar que as atitudes são compostas por afetos e sentimentos, crenças e tendências de ação (Duque, 1999).

Para Serrano (1998), a perspetiva mais defendida e citada de análise de atitude tem como base um modelo de três componentes, ou uma visão tridimensional. Nesta perspetiva, abrangemos a componente cognitiva, afetiva e comportamental.

Na componente cognitiva englobamos as crenças, informações e cognições relativamente a determinado objeto social. Por seu lado, na componente afetiva estão incluídas as emoções, afetos e sentimentos de aceitação e rejeição. Por fim a componente comportamental engloba as tendências de ação.

As atitudes são o resultado de uma interação social, não sendo por isso inatas. Elas vão-se adquirindo ao longo da vida, alterando-se consoante o estágio de desenvolvimento.

Lima (1993), considera que as atitudes são inferidas e não diretamente observadas, pressupondo-se que tenham ligação com os comportamentos, sendo que atitude e comportamento são conceitos diferentes.

Para Trindade (1996), “as atitudes nem sempre se manifestam em comportamentos, contudo verifica-se que estes radicam em atitudes”, (cit. in Pinheiro, 2009)

A Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 1994) considera atitudes como sendo consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras que influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis dos relacionamentos interpessoais e associações comunitárias

5. Parentalidade

Os primeiros anos de vida são os alicerces para o desenvolvimento do ser humano, são determinantes, para que a criança se desenvolva de uma forma equilibrada e sadia, a nível físico, cognitivo e emocional. “As primeiras impressões recebidas na vida são as mais fortes, as mais ricas em consequências mesmo sendo inconscientes. E talvez, justamente porque jamais se tornaram conscientes, ficando assim inalteradas. Apenas na consciência algo pode ser corrigido. O que é inconsciente permanece inalterado”(Jung, 1981, p.58).

A imagem que cada criança, e futuro adulto faz de si depende da forma como a sua infância foi vivida. A criação de vínculos com a mãe ou com a pessoa que cuida, a aceitação, os estímulos, são fundamentais para que a criança seja feliz e construa uma auto imagem positiva. Winnicott (1945/1978), na sua teoria defende que “o que leva a criança a começar a ser, a sentir que a vida vale a pena ser vivida, não é a satisfação das necessidades orgânicas, mas sim a relação entre o bebé e a pessoa que cuida dele”.

É através da relação que o bebé estabelece precocemente com a mãe ou com quem dele cuida, que aprende a regular a sua atividade emocional e posteriormente a estar com os outros e a enfrentar as mais diversas situações. Bowlby (1988), na Teoria da Vinculação apresenta a necessidade de vinculação, como um fenómeno biologicamente determinado. Neste sentido, e segundo o mesmo autor a necessidade de vinculação não é fruto de aprendizagem, mas uma necessidade básica, “que acompanha o ser humano desde que nasce até à sua morte”. Com esta teoria Bowlby pretendia mostrar quais os efeitos no desenvolvimento da personalidade da criança quando esta era privada da presença da mãe.

Considerando esta perspectiva, “uma criança que viveu com a ausência de amor, procura em vez dele poder /controle, utilizando a agressividade. Crianças privadas de amor ficam desorganizadas e tendem na maior parte das vezes a reproduzir aquilo a que foram sujeitos, o que viram e o que viveram, não conseguindo estabelecer com os outros mais do que relações superficiais” (Schaffer, 1981).

A construção que cada criança faz de si mesma, seja ela positiva ou negativa, tem os seus alicerces na relação afetiva que estabelece com a mãe, ou com a pessoa que cuida. A partir daqui, a criança vai-se construindo nas relações cada vez mais alargadas e significativas como a família, a escola, a comunidade, o mundo.

Nesta perspetiva e de acordo com Machado & Morgado (1992), a “família desempenha um papel preponderante no processo de socialização, nomeadamente a socialização primária. Ela deve ser considerada como uma instituição prioritariamente responsável por favorecer inibir ou alterar o crescimento e o desenvolvimento das crianças”, (pág. 43).

Por seu lado, Homem (2002), considera que é na família que a criança “desperta para a vida como pessoa, onde interioriza valores, atitudes e papéis e onde se desenvolve, de forma espontânea, o processo fundamental de transmissão de conhecimentos, de costumes e de tradições que constituem o seu património cultural” (p.36).

Tradicionalmente a família era considerada como uma unidade permanente com um casal, homem e mulher, e seus filhos, onde o primeiro era quem sustentava a casa, “o ganha pão” e o segundo desempenhava o papel de cuidador e educador. Hoje com a emancipação das mulheres, o aumento do número de divórcios, as famílias monoparentais, a vulgarização das uniões de facto, esse conceito foi completamente alterado. De qualquer forma, quando falamos em família, “reportamo-nos normalmente e habitualmente para o lugar /instituição onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, embora ao longo do percurso da nossa vida possamos ir tendo mais do que uma família” (Alarcão, 2006).

Embora em constante alteração, e de acordo com Cruz (2005), a família continua a ser o pilar básico da nossa sociedade e um espaço educativo por excelência, no seu seio fazem-se aprendizagens de dimensões significativas. É também um “espaço de vivência de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e de afetos positivos e negativos que no seu conjunto vão dando o sentido de pertencermos àquela e não a outra família”(Alarcão, 2006).

É neste grupo institucional que a criança inicia o seu processo de socialização, onde influencia e é influenciada e onde lhe é transmitida “uma herança cultural”(Perrenoud,

cit. in. Cruz, 2005). Neste pressuposto a família é considerada a unidade básica dentro da qual a criança é apresentada à vida social. Com o seu conjunto de normas, regras e valores próprios, ela é responsável em grande parte pela adaptação da criança aos contextos sociais posteriormente frequentados.

As relações afetivas estabelecidas entre pais e filhos, assim como o comportamento parental têm um papel importante na compreensão do comportamento normal ou desviante das crianças. Queremos com isto dizer que os comportamentos que os pais têm com os filhos têm um “profundo impacto no desenvolvimento psicossocial das crianças” (Pereira, 2009, p.159).

Existem alguns modelos teóricos que explicam o funcionamento familiar. Um desses modelos prende-se com uma abordagem sistémica da família, a qual se baseia na teoria geral dos sistemas de Bertalanffy (1968). Esta teoria diz que “todos os sistemas vivos são compostos por um conjunto de elementos que são interdependentes, ou seja, mudanças num dos elementos podem afetar outros elementos” (Correia & Serrano, 2000).

De acordo com os mesmos autores, esta perspetiva vê a família como um todo social, com características e necessidades únicas inserida num conjunto maior de influências e redes sociais formais e informais, que se influenciam mutuamente.

Neste sentido, a família constitui um sistema interrelacional. Ou seja, acontecimentos que afetam qualquer um dos membros da família podem ter impacto em todos os seus membros. Ainda dentro desta perspetiva, a família é vista como um todo, como um sistema que por sua vez se subdivide em subsistemas os quais se relacionam entre si e se influenciam mutuamente. A influência do meio é tanto maior ou menor dependendo da forma como a família se envolve ou não com os subsistemas que dela fazem parte.

Por sua vez, Sampaio e Gameiro (1985), definem família como sendo um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados.

Assim, e como a criança evolui na compreensão do mundo através das interações sociais, este é tanto mais bonito quantos mais valores, mais modelos ajustados, mais confiança e melhores interações sociais existirem.

Enfatizando uma dimensão holística, Alarcão (2006), refere que a família é considerada como “um sistema de interação que supera e articula dentro dela sistemas, e que é essencial a exploração das relações interpessoais”.

Um outro modelo teórico que explica a importância do envolvimento parental é o Modelo Transaccional defendido por Sameroff e Chandler (1975). Segundo Correia (2008), este modelo “considera a família como componente essencial do ambiente de crescimento, que influencia e é influenciada pela criança num processo contínuo e dinâmico resultando em aspetos diferenciados em cada momento dessa interação, com impacto quer na criança quer na família” (p.156).

Numa perspetiva ecológica e sistémica, Bronfenbrenner (1979), propõe o modelo de Ecologia do Desenvolvimento Humano. Neste modelo, as experiências individuais constituem subsistemas que se encontram inseridos noutros sistemas, os quais se inserem dentro de outros sistemas mais gerais. Tal como o próprio autor define como sendo “(...) uma série de estruturas encaixadas uma dentro da outra como um conjunto de bonecas russas”, (Bronfenbrenner, 2002). Nesta perspetiva não são apenas os pais que influenciam os filhos, mas o contrário também se verifica. Podemos considerar que existe uma relação diádica que promove o desenvolvimento de uns e outros.

Nos nossos dias, não basta ser pai ou ser mãe, é fundamental que qualquer um deles assuma as suas responsabilidades e na realidade sejam pais. As anteriores designações de maternidade e paternidade foram então substituídas por parentalidade a qual pressupõe que as responsabilidades parentais são de ambos os pais e não só de quase inteira responsabilidade da mãe como outrora se defendia.

Hoje em dia, a parentalidade é encarada como um complexo desafio da vida adulta onde os pais são considerados como os maiores responsáveis na educação da criança, embora para esta também contribua muitas outras influências, (Cruz,2005). Cada criança é um ser único e individual não havendo para isso receitas para a sua educação. É importante

ter em conta que neste processo educativo também os pais evoluem com os filhos e que as aprendizagens são recíprocas.

O desempenho dos pais no contexto familiar assume um papel preponderante pois é esse desempenho que irá permitir à criança adquirir um conjunto de habilidades sociais e educativas. À medida que a criança cresce, esta vai-se identificando com os pais, seguindo-os como modelos.

A corroborar o referido, Pereira (2009) considera a importância da família enquanto “geradora de afeto, proporcionadora de segurança e aceitação pessoal, proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade, asseguradora da continuidade das relações, proporcionadora de estabilidade e socialização e, ainda, impositora da autoridade e do sentimento do correto” (p.31).

Podemos considerar que estas são algumas das funções da família, ou melhor algumas funções definidas pela parentalidade. De acordo com Cruz (2005) a parentalidade deverá assumir essencialmente cinco funções.

A primeira função prende-se com a satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e de saúde. A segunda função tem a ver com a criação de rotinas, disponibilizando “à criança um mundo físico organizado e previsível, com espaços, objetos e tempos”. Quanto à terceira função esta “relaciona-se com a resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares”. Aqui os pais são considerados como os mediadores e os interpretes do mundo exterior face à criança, de forma a que esta entre em contato com o mundo físico e social que a rodeia. A quarta função prende-se essencialmente com a satisfação das necessidades de afeto, segurança e confiança, fundamentais para um desenvolvimento sadio e equilibrado da criança. Aqui apela-se essencialmente à importância da vinculação, anteriormente referida. Finalmente a quinta função da parentalidade “resulta das necessidades de interação social da criança e sua integração na comunidade”. Aqui e embora a família constitua um sistema com normas regras e valores próprios não deixa de estar relacionada com a comunidade onde está inserida.

É importante salientar que família pode ser não só de laços de sangue, mas também aquelas que são construídas pelos laços afetivos. Para Riga, (2008), é “através dessas

relações que os seres humanos tendem a tornar-se mais afetivos e recetivos, eles aprendem a viver o jogo da afetividade de maneira adequada”. Para que exista essa adequação é necessário que existam atitudes e referências positivas as quais servem à criança de modelos. Neste sentido, podemos considerar que o conceito de família engloba não só as situações de paternidade biológica, mas também as que resultam de novos matrimónios, e adoção.

Em qualquer uma das situações, os pais são considerados como a influência maior na aquisição de valores e conhecimentos na criança. De acordo com Kuczynski & Grusec (1997) referem que do ponto de vista etológico existe uma predisposição biológica para a centralidade do poder parental. Os mesmos autores referem ainda que a educação das crianças é primeiramente da responsabilidade dos pais, que o afeto positivo entre pais e filhos coloca os primeiros numa posição privilegiada no que diz respeito à aquisição de valores e padrões sociais, e que a partilha de espaços e de tempo permite aos pais avaliar e compreender os filhos melhor do que qualquer outra pessoa, (cit. in Cruz, 2005).

Neste pressuposto, os pais são os principais construtores da personalidade dos filhos assim como os seus modelos, cujas atitudes e comportamentos positivos ou negativos influenciam a forma de ser e de estar das crianças. Santos (2011) considera que quando os pais apresentam comportamentos ajustados os filhos tendem a imitá-los comportando-se de uma forma ajustada perante as situações, enquanto que quando os pais apresentam comportamentos desajustados, os filhos também tendem a comporta-se de forma desajustada.

Neste trabalho de investigação destacamos os estudos realizados por Diana Baumrind, a qual e segundo Cruz (2005), iniciou o seu trabalho de investigação sobre a educação das crianças em 1959, com o objetivo de avaliar o reflexo as práticas parentais na vida das crianças. Nos seus trabalhos Baumrind identificou três tipos de estilos parentais, classificando - os em autoritários, permissivos e autoritarivos.

No tipo autoritário, os pais tendem a influenciar, controlar e modelar de uma forma rígida as atitudes e comportamentos das crianças “de acordo com um padrão absoluto, em geral baseado teologicamente ou formulado por uma autoridade secular” (Cruz, 2005). Aqui é valorizada a autoridade e obediência absoluta imposta pelos pais

recorrendo algumas vezes a atitudes punitivas, restringindo assim a individualidade e vontade da criança. Neste tipo de parentalidade as manifestações de afeto são quase nulas. De acordo com Brás (2008) os pais autoritários são pais que exigem muito dos filhos, não fomentam a comunicação, monopolizam em si o poder de decisão e valorizam demasiado regras e normas. “Estes pais tentam inculcar nos filhos valores tradicionais como o trabalho, o respeito pela autoridade, e a preservação da ordem e da estrutura tradicional” (Cruz, 2005).

Quanto ao estilo permissivo, podemos considerar que estes pais não exercem força nem pressão com as crianças deixando que elas próprias encontrem o seu caminho, fazendo poucas exigências aos filhos. Estes pais apresentam-se mais como recursos que os filhos podem utilizar de forma a obterem o que desejam. São pais que “tentam comportar-se de um modo positivo, aceitante, e não punitivo relativamente aos desejos e comportamentos dos filhos” (Pereira, 2008). As suas principais características são a ausência de regras e normas, elevada tolerância e aceitação dos impulsos das crianças e pouca estimulação (Brás, 2008). Esta falta de orientação e de regras pode fazer com que as crianças se sintam perdidas, inseguras e ansiosas, pois não têm referências.

Os pais autoritarivos ou apoiantes com autoridade, tendem a orientar as atividades das crianças de uma forma mais racional, encorajando a troca de ideias. Estes pais centram a sua ação na “relação, na socialização e no desenvolvimento do filho, adequando a sua atitude à especificidade da criança” (Pereira, 2009).

De acordo com Pereira (2009), estes pais valorizam atributos expressivos e instrumentais e simultaneamente a vontade própria e a conformidade à disciplina. Exercem um controlo firme e consistente quando surgem divergências entre pais e filhos, mas sem serem restritivos (p.220).

Podemos também referir os estudos realizados por Maccoby e Martin (1983), os quais procuraram definir o comportamento parental com base na responsividade e na exigência. O resultado foi muito idêntico ao referido anteriormente, mas acrescentou um outro estilo o indiferente/não envolvido. Neste tipo de parentalidade existe um baixo envolvimento com a criança assumindo por vezes a forma de negligência (Pereira, 2009).

Por seu lado Ramalho (2001), defende que existem pelo menos quatro tipos de pais, ou por outras palavras quatro modelos de parentalidade. Para o autor, os modelos parentais definem-se como sendo orientadores, permissivos, autoritários e indiferentes. Os pais orientadores são aqueles que de uma forma orientada e equilibrada ajudam os filhos a crescer tornando-os em adultos responsáveis, generosos e independentes.

Neste pressuposto, e face à inclusão, tema base deste trabalho de investigação, os pais constituem um dos fatores que promovem, dificultam ou impedem a existência desta. Para Gettinger e Goetz (1998), as crenças parentais podem determinar como os programas de inclusão são implementados, (cit. in Barbosa, 2002).

Para Paideia (2005), a inserção de uma criança com NEE numa classe regular é apenas determinada administrativamente, querendo isto dizer que essa criança pode não vir a ser bem acolhido e inserido pelos professores e colegas, nem garante tão pouco um ensino de qualidade adequado, às suas necessidades. Muitas das decisões a serem tomadas, assim como as medidas adotadas, na inserção de uma criança com NEE, pode depender da correta compreensão da educação inclusiva e das atitudes sociais favoráveis. Mazzota (1998), considera a inclusão e integração de qualquer cidadão com NEE, é ou não é condicionada pelo seu contexto de vida, isto é, depende das condições sociais, económicas e culturais, da família, da escola e da sociedade.

A criança sofre a influência das pessoas que a rodeiam, e a maior influência dos pais sobre os filhos é o exemplo que dão no seu papel de modelos na vida do dia a dia. Batista e Enuno (cit. in Barbosa, 2002), demonstram que as atitudes negativas em relação à inclusão escolar, fazem com que os pais de crianças do ensino regular, por vezes, tirem os seus filhos das escolas por recearem que os seus filhos possam vir a ter baixo nível de aproveitamento. É fundamental que os pais tenham confiança na capacidade das instituições escolares e nos educadores e professores, para trabalharem com crianças com e sem NEE em conjunto.

Kuester, (2000), considera que as atitudes parentais em relação à inclusão escolar são consideradas variáveis de extrema importância para determinar o sucesso da educação inclusiva.

De uma forma geral e de acordo com Odom (2007) é fundamental ter em conta que as famílias percebem e encaram a inclusão de um modo positivo embora por vezes com algumas reservas.

CAPÍTULO II - ABORDAGEM EMPÍRICA

1.Problemática

A elaboração de um projeto de investigação pressupõe, em primeiro lugar, a definição do que se quer investigar. Segundo Carmo e Ferreira (2008) a determinação do campo que se vai desenvolver no projeto de investigação não deve ser feita ao acaso, sendo necessário delimitar o objeto de estudo de forma a reunirem-se as condições para que a pesquisa seja bem sucedida.

No presente projeto de investigação desenvolveram-se teoricamente os estudos que abordam a inclusão e subseqüentemente os problemas de comportamento, nomeadamente a PHDA (Antunes, 2009; Correia, 2008; Jimenez, 1993; Ramalho, 2009). Verificámos também os estudos que nos remetem para o conceito de atitude (Lima, 1993; Rodrigues, 1972; Serrano, 1998) assim como para a parentalidade (Alarcão, 2006; Bowlby, 1988; Brofenbrenner, 1979, Cruz, 2005; Sampaio & Gameiro, 1985) e para as atitudes dos pais face á inclusão (Barbosa 2003; Brofenbrenner, 2002; Paideia, 2005, Pereira, 2009).

Hilman (cit.in Martins, 2005), refere que “simplesmente começemos onde estamos, no meio da confusão, não para ficar nela, mas para, estando nela captar as suas configurações e contradições, enxergar nossos limites e descobrir, mesmo na sua opacidade, sinais indícios das nossas possibilidades”.

Nesta perspetiva e tendo por base os estudos dos autores aleatoriamente referidos que suportam a nossa motivação para o desenvolvimento deste projeto, passou-se á definição dos objetivos e respetivas questões de investigação.

1.1. Objetivo

Quivy, compara o trabalho de investigação em ciências sociais ao do pesquisador de petróleo. Não é pesquisando ao acaso que se encontra o petróleo, mas sim fazendo um trabalho estruturado que obedece a determinados passos. Assim para realizarmos o presente trabalho também fizemos o mesmo, começando então por definir o objetivo. Neste sentido, temos como objetivo principal perceber quais as atitudes dos pais perante a inclusão de crianças com PHDA na sala de jardim-de-infância do seu educando.

1.2. Questões de investigação

A definição de “questão ou questões” em investigação assume um papel primordial na medida em que definem o percurso a seguir no projeto. Na opinião de Almeida e Freire (2007) as questões são básicas e permitem fazer a ponte entre a teoria e a realidade, orientando toda a investigação subsequente dando assim ao investigador um fio condutor.

De acordo com os pressupostos referidos anteriormente formulamos as seguintes questões de investigação:

- Conhecem os pais as características das crianças com PHDA ou consideram-nas como crianças mal educadas (Barkley, 2006; Lopes, 2004, Ramalho, 2009; Pinto, n.d.)
- Estão os pais preparados para aceitar crianças com PHDA na sala do seu educando, contribuindo assim para o princípio da inclusão (Correia, 2008; Jimenez, 1997; Lopes 2004; Ramalho, 2009; Rodrigues, 2003; UNESCO, 1994)
- São as crianças com PHDA, ou qualquer outro tipo de NEE, incluídas no contexto escolar e vistas como uma mais valia para as outras crianças, não sendo por isso consideradas como condicionantes nas aprendizagens dos outros nem tão pouco uma fonte de problemas (Barbosa, 2002; Lopes, 2004; Paideia, 2005; Ramalho, 2001).
- As atitudes dos pais influenciam a forma de ser e de estar das crianças perante a inclusão, nomeadamente perante a inclusão de uma criança com PHDA (Alarcão, 2006; Cruz, 2005; Pereira, 2009)

2. Metodologia

Neste projeto de investigação é privilegiada a metodologia quantitativa. Neste tipo de metodologia a perspetiva teórica funciona como um suporte científico do estudo ajudando o investigador a posicionar-se perante os dados recolhidos.

É nosso interesse “compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista daquele que atua” (Carmo & Ferreira, 2008), tendo em conta que pretendemos compreender as atitudes dos pais perante a inclusão de crianças com PHDA.

Nesta perspetiva, revela-se de extrema importância que o investigador esteja ciente das opções teóricas e metodológicas, dado que este assume um papel importante na recolha de dados. A abordagem quantitativa estrutura-se numa técnica de recolha, apresentação e análise de dados que permitem a sua quantificação e tratamento através de métodos estatísticos. No nosso caso em concreto foi utilizado um questionário, baseado na escala de atitudes de Likert com questões fechadas e semi abertas. Através desta estrutura, iremos perceber se as atitudes dos encarregados de educação são ou não condicionantes do processo de inclusão e se vão ou não de encontro às questões levantadas e corroboradas pela literatura.

2.1. Participantes

Segundo Almeida & Freire (2007) um dos aspetos essenciais a considerar numa investigação é a definição da amostra ou da população. Por população entende-se o conjunto de indivíduos, casos ou observações, onde se pretende estudar o fenómeno.

“A população deve ser definida em pormenor, de tal forma que o investigador possa determinar se os resultados que se obtiveram ao estudar uma dada população podem ser aplicados a outras populações com características idênticas” (Carmo & Ferreira, 2008).

A população deste projeto são todos os encarregados de educação das crianças do ensino pré – escolar, em três jardins escola no concelho de Alenquer, nomeadamente na vila de Alenquer. As escolas definidas foram uma IPSS, uma escola Pública e uma Privada, perfazendo um total de 300 encarregados de educação, como podemos verificar na tabela.

Tabela I. Distribuição da amostra em função da tipologia de escola

Tipologia de escola	Questionários Distribuídos	Questionários Recebidos
IPSS	100	39
Pública	150	102
Privada	50	26
TOTAL	300	167

Foram considerados todos os encarregados de educação das crianças de pré - escolar das três instituições, pois considerámos que eventualmente diferentes tipologias, como o

fato de estar em escola pública ou privada, a existência/contacto com uma criança ou não com a problemática, seriam condicionantes das respostas.

Os jardins escola escolhidos, foram os existentes na vila de Alenquer para se tornar mais fácil ao investigador a articulação.

Foram critérios de exclusão as restantes escolas do concelho de Alenquer pois considerámos que a população abrangida era de tal forma grande que iria dificultar o tratamento de dados.

Na análise de dados foi tido como critério de exclusão os questionários que tinham mais do que uma resposta na mesma questão ou aqueles que se encontravam demasiado rasurados que não permitiam a identificação da resposta dada.

Da totalidade de questionários recebidos podemos considerar que:

- Como taxa de resposta recebemos 39% de questionários da IPSS, 68% do jardim-escola público e 52% do jardim-escola privado
- 91% da população respondente é do sexo feminino, sendo os outros 9% do sexo masculino.
- De entre os respondentes e relativamente à idade podemos definir a nossa população considerando 12% com idade compreendida entre os 23 e os 30 anos, 27% com idades entre os 31 e os 34 anos, 41% entre os 35 e os 40 anos e 4% não respondeu.
- Da população inquirida e respondente 87% tem como estado civil o casamento, 7% o divórcio, 5% é solteiro e 1% viúvo.
- 84% dos respondentes estão empregados, 14% encontra-se desempregado e 2% assumem-se como domésticas.
- Quanto ao nível de escolaridade dos encarregados de educação, a população distribui-se da seguinte forma: 41% tem o ensino secundário, 28% a licenciatura, 12% o 3º ciclo, 8% tem o grau de mestrado, 5% o ensino básico, 4% bacharelato e 2% o 2º ciclo.
- No que diz respeito ao número de filhos, metade da população respondente tem 2 filhos, 44% tem 1 filho e 6% tem 3 ou mais filhos.

2.2. Instrumento de recolha material

Para realizar este projeto de investigação definimos como instrumento a utilizar o inquérito baseado na escala de atitudes de Likert. Para Quivy & Campenhoudt (1998), o questionário é aconselhável quando se pretende conhecer uma determinada população, e aqui entenda-se como conhecer, as suas atitudes, valores, modos de vida, costumes ou comportamentos. Para além do referido este instrumento é também utilizado quando se pretende analisar um fenómeno social e em todos os casos em que é necessário questionar um número elevado de pessoas. Como uma das vantagens da sua utilização verificamos a possibilidade de quantificar dados e proceder à relação entre eles. Contudo, as respostas obtidas nos questionários poderão não ser 100% fiáveis pois elas dependem da disposição e predisposição do inquirido, obtendo-se por vezes alguma superficialidade nas respostas que depois poderão não permitir tratamento de dados.

O questionário onde é utilizada a escala de atitudes de Likert é um questionário formalizado e aferido que nos permite conhecer uma determinada realidade num público específico que neste caso são os encarregados de educação de crianças em idade pré – escolar a frequentar os jardins escola da vila de Alenquer.

A escala de Likert consiste num conjunto de enunciados que expressam alguma afirmação sobre o objeto atitudinal, seguido cada enunciado de alternativas que indicam o grau de concordância ou discordância de cada respondente em relação ao seu conteúdo.

Atendendo ao acima mencionado e sendo atitudes o que queremos estudar faz todo o sentido que seja o questionário, construído com base numa escala de atitudes, sendo este o instrumento de recolha de dados utilizado neste trabalho de pesquisa.

O questionário utilizado foi adaptado de uma escala de atitudes aferida para a população portuguesa, adaptada por Paiva (2007) e ajustada à realidade que pretendemos estudar, ou seja, às atitudes dos pais, perante a inclusão de uma criança com PHDA. Antes de o utilizarmos e adaptarmos foi solicitada autorização ao autor para a utilização e alteração do referido instrumento, a qual foi concedida. É de referir que o fato de já ter sido validado para a população portuguesa, foi uma das razões pela qual o escolhemos. Salientamos ainda que a escala adaptada não é uma escala comercializada e apenas foi

utilizada com o intuito da elaboração de um trabalho de mestrado do autor supra mencionado.

O instrumento utilizado encontra-se em anexo (anexo I) e pode ser dividido em três partes distintas. Uma primeira onde é caracterizado quem responde (idade, género, habilitações literárias e estado civil) assim como a composição do agregado familiar.

As variáveis consideradas foram a idade, o género, as habilitações literárias dos respondentes e a tipologia de escola.

Na segunda parte do questionário encontramos questões relacionadas com a temática onde se pretende essencialmente perceber qual o conhecimento sobre o assunto e a perceção sobre o acompanhamento de crianças com esta perturbação, assim como saber se o respondente acompanha ou acompanhou alguma situação de PHDA. Para finalizar é apresentada uma escala de atitudes cujo objetivo é realmente entender o posicionamento de todos os encarregados de educação face à PHDA e à inclusão de uma criança com esta perturbação numa sala de jardim-de-infância.

Este questionário foi realizado por “administração direta”, ou de auto preenchimento. Antes da sua aplicação foi realizado um pré teste de forma a percebermos a relevância, clareza e compreensão das questões colocadas.

2.3. Procedimentos

Para a prossecução dos objetivos a que nos propusemos, e com o intuito de perceber as atitudes dos encarregados de educação perante a inclusão de uma criança com PHDA iniciámos este trabalho de investigação fazendo uma revisão bibliográfica. A nossa pesquisa prendeu-se com os temas de inclusão, necessidades educativas especiais, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, atitudes e parentalidade. Baseamo-nos em alguns autores que em nossa opinião são uma referência importante nas temáticas acima descritas, dos quais cito: Antunes, Burns, Correia, Jimenez, Pereira, Ramalho, Rodrigues, entre outros assim como algumas obras de referência, nomeadamente o DSM – IV - TR, a Declaração de Salamanca, a Lei de Bases do Ensino Pré – Escolar, o Código dos Direitos Humanos, assim como o Código dos Direitos das Crianças e a Constituição da República Portuguesa

É de salientar que é esta pesquisa bibliográfica, que permite sustentar o nosso propósito de investigação.

Feita a revisão e definido o objetivo de trabalho e respetivas questões de investigação foi elaborado o primeiro instrumento de recolha de dados que de acordo com o anteriormente referido será um questionário de aplicação direta (anexo I). Foi feito um pré-teste que permitiu conhecer a relevância, clareza e compreensão das questões aplicadas de modo a que posteriormente se procedesse às reformulações necessárias, tal como se vieram a constatar.

O referido questionário foi adaptado de Paiva (2007) e aferido para a população portuguesa. Nesta fase há que ter em conta que o referido instrumento de recolha de dados foi pré aplicado numa amostra de 20 encarregados de educação, aleatoriamente selecionados, e que não farão parte do estudo a não ser para o avaliarmos, ajustando as questões nele colocadas de modo a se tornarem claras e concretas no que diz respeito à resposta obtida.

Após esta pré-aplicação e verificado que as respostas dadas não respondiam ao objetivo, nem tão pouco às hipóteses de investigação, não sendo suficientemente claro e compreensível, procedeu-se às respetivas reformulações de onde surgiu o questionário definitivo (anexo II) o qual foi então aplicado em formato de papel mas só depois de ter sido feito um contato formal com as respetivas escolas (anexo III), de forma a obter autorização para a sua aplicação.

Depois da autorização dada procedeu-se então à entrega dos questionários aos encarregados de educação a qual foi feita pelas educadoras das salas de pré – escolar, nas respetivas Instituições. Deve ser referido que foram entregues trezentos (300) os quais foram distribuídos da seguinte forma: cinquenta (50) foram entregues no jardim escola particular, cento e cinquenta (150) no jardim-escola da rede pública e cem (100) na IPSS.

Dos questionários entregues receberam-se 55% de respostas o que corresponde exatamente a cento e sessenta e sete (167) questionários devolvidos.

Mediante a recolha de informação realizada, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados recolhidos, utilizando para tal o Excel para a elaboração de tabelas e o SPSS que permitirá o cruzamento desses mesmos dados.

Posteriormente, e já numa fase final deve-se elaborar as conclusões do estudo. É importante salientar que durante a execução do projeto de investigação, e sempre que se justifique, devem ser tidas em conta atualizações nomeadamente, no que diz respeito à revisão bibliográfica.

3. Resultados

De acordo com o anteriormente referido, o instrumento para recolha de dados do presente trabalho de investigação foi o questionário de auto - preenchimento.

O público alvo para a aplicação dos referidos questionários foram os encarregados de educação das crianças do pré – escolar. Foi com a colaboração das educadoras do ensino regular que os questionários foram entregues aos pais, os quais depois de preenchidos eram devolvidos às respetivas. Após terminado o tempo estabelecido para o preenchimento dos referidos questionários (uma semana), estes foram entregues ao investigador através dos coordenadores dos diferentes jardins-escola.

Foram entregues um total de trezentos questionários em três jardins - escola da vila de Alenquer, a referir, uma IPSS, um jardim-escola privado e um jardim-escola da rede pública. Na IPSS foram entregues cem questionários, no jardim da rede pública, cento e cinquenta e no jardim escola particular cinquenta. Embora tivesse existido persistência por parte das educadoras para a entrega do questionário consideramos que recebemos uma percentagem relativamente reduzida de questionários preenchidos. Quero com isto dizer que recebemos cerca de 55% de respostas, tal como se pode observar na tabela 2.

Tabela II. Questionários distribuídos e recebidos

Tipologia de escola	Questionários Distribuídos	Questionários Recebidos	Percentagem de resposta
IPSS	100	39	39%
Pública	150	102	68%
Privada	50	26	52%
TOTAL	300	167	55%

Dos 55% de questionários recebidos cerca de 91% dos respondentes são do sexo feminino (ver anexo IV, figura1) com idades compreendidas na sua maioria entre os 35 e os 40 anos (ver anexo IV, figura 2). O estado civil predominante é o casado / união de facto (anexo IV, figura 3).

Dos inquiridos, 84% encontra-se empregado e cerca de 80% tem um nível de escolaridade entre o ensino secundário e o ensino superior, tal como podemos constatar nas figuras em anexo (anexo IV, figura.4).

Quanto à caracterização do agregado familiar, cerca de 50% tem até dois filhos, enquanto 44% dos respondentes tem apenas um (anexo IV, figura 5).

Após a caracterização do respondente e respetivo agregado familiar, passamos à segunda parte do questionário. Esta prende-se essencialmente com o conhecimento que cada um dos encarregados de educação tem relativamente à temática, ou seja em relação à hiperatividade.

Quando solicitados para caracterizar a hiperatividade utilizando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a discordo totalmente e o 5 concordo totalmente, e dando características da perturbação como a distração /desatenção, a ansiedade, a depressão, a impulsividade, a agressividade, a agitação, o comportamento desafiante e a impaciência, os encarregados de educação respondem na sua maioria que a agitação e a impaciência são as principais características. Em média cada um destes itens teve como resposta 4,5 e 4,2 , respetivamente. Apenas 16% dos respondentes consideram a depressão como sendo uma das características da hiperatividade, tal como se pode observar.

%

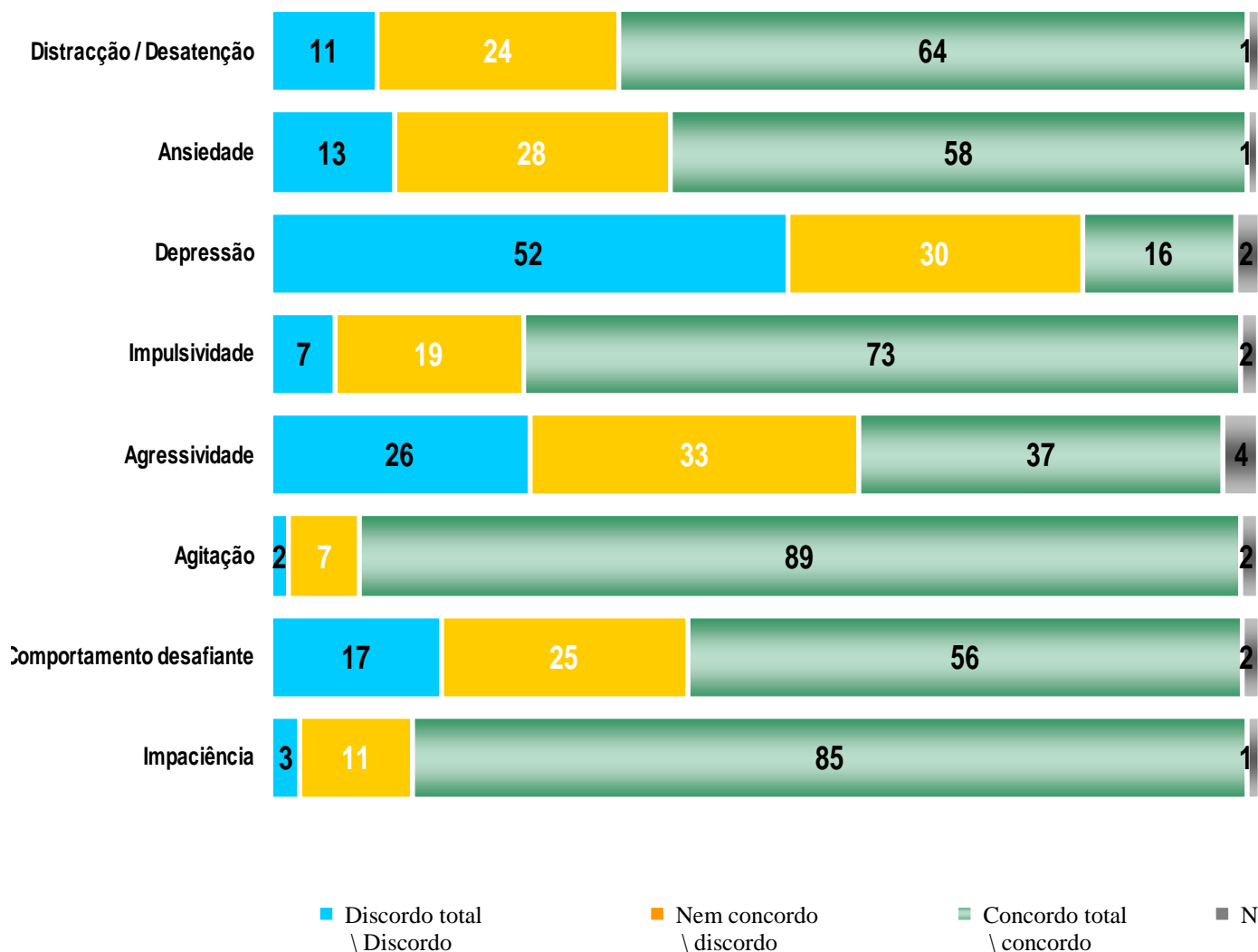


Figura 1. Comportamentos associados à hiperatividade

Quando cruzadas as características acima referidas com o género dos respondentes conseguimos verificar que existe concordância entre os dois sexos, tal como podemos verificar em anexo IV figura 6

Relativamente à variável idade, e embora, tal como já foi referido, a depressão seja um comportamento pouco considerado pelos respondentes, verificamos que os que a identificaram são essencialmente as pessoas mais velhas desvalorizando a agitação a qual é na sua maioria considerada pelos respondentes mais novos.

Também aqui se verifica uma concordância de idades no que diz respeito a características como a impulsividade e a agressividade, (anexo IV, figura7)

Ao cruzarmos estas mesmas características com a variável nível de escolaridade dos respondentes verificamos que globalmente não existe diferenciação nas respostas, contudo podemos considerar que os encarregados de educação cujo nível de escolaridade é o ensino superior destacou a distração/desatenção e os respondentes com o ensino secundário apontaram o comportamento desafiante .

Quanto à tipologia de escola verificamos que não existe grande diferenciação de respostas. Os encarregados de educação da IPSS, da escola privada ou do ensino público são unânimes ao identificarem a agitação e a impulsividade como as características de maior concordância. Destaca-se aqui a opinião dos encarregados de educação da escola privada que discordam com a agressividade como esta sendo uma das características da PHDA.

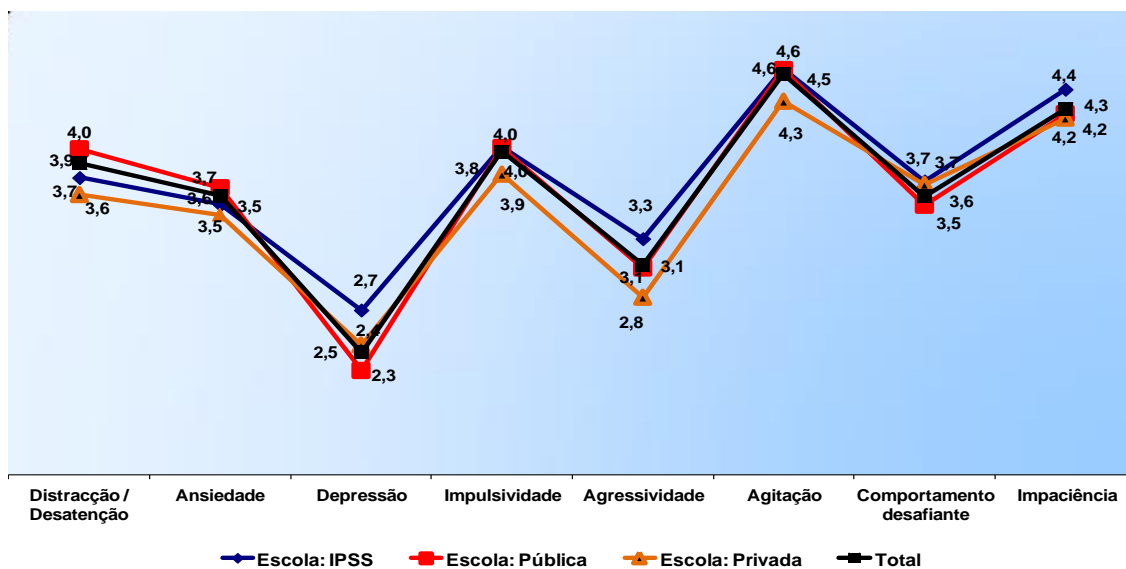


Figura 2 Análise comparativa de comportamentos cruzada com a variável tipologia de escola

Se por outro lado ainda fizermos a comparação com o tempo que os respondentes tiveram o contato com alguém com hiperatividade, a impulsividade e agitação são claramente evidenciadas por quem teve a experiência entre 1 e 3 anos. Quem acompanha atualmente a PHDA é concordante nas respostas não destacando nenhum comportamento, excepto a ansiedade que está ligeiramente acima da média definida e a depressão claramente abaixo, tal como a agressividade.

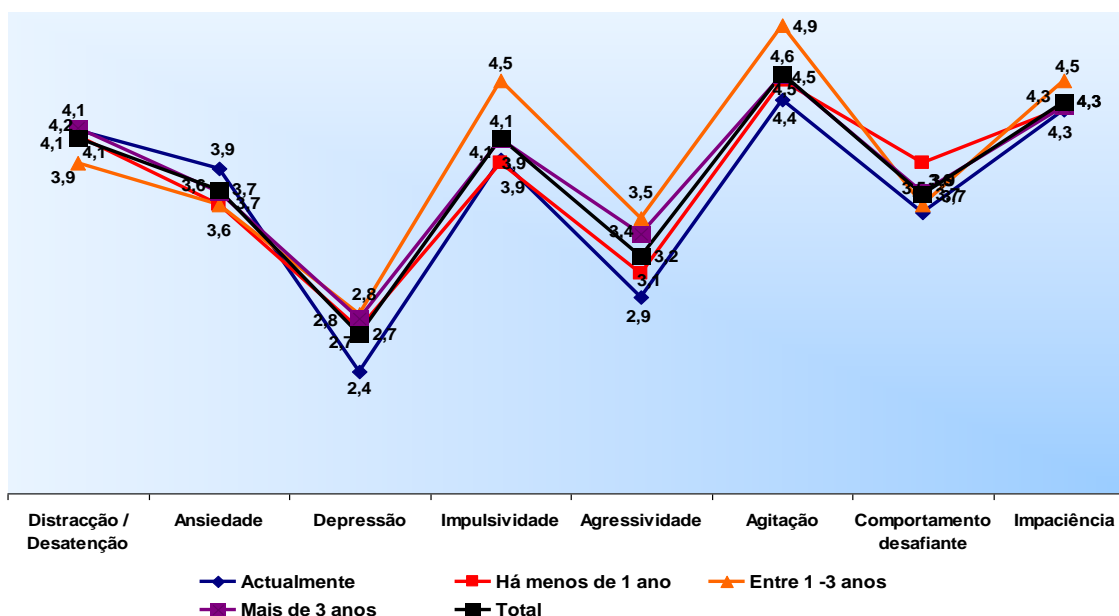


Figura 3. Análise comparativa de comportamentos cruzada com o tempo de experiência vivido com alguém com PHDA

Foi também verificado que dos respondentes que leram algum livro ou artigo e/ou viram algum documentário sobre a temática em questão destacam a distração /desatenção, a agitação e a impaciência, como principais comportamentos característicos concordando com eles, sendo o seu valor de média de 4,1 ; 4,6 e 4,4 respetivamente o que quer dizer que estes valores são estatisticamente significativos.

Quanto à ansiedade, assume um valor de 3,6 de média, quer para os que têm alguma informação, quer para os que não têm nenhuma. Relativamente a este último grupo de respondentes as características de maior concordância são a agitação e a impaciência. Também consideram a impulsividade como um dos fatores de concordância, com 3,9 de média.

A depressão continua a ser um fator de discordância para qualquer um dos grupos assumindo um valor de 2,4,

Utilizando como variável a vivência e / ou convivência com a hiperatividade podemos verificar que quem já viveu ou vive com a situação as características de maior concordância continuam a ser as mesmas das acima referidas, nomeadamente a distração /desatenção (4,1), a impulsividade (4,1), a agitação(4,6) e a impaciência (4,3). Quem nunca viveu ou conviveu com esta perturbação enumera a agitação (4,5) e a impaciência (4,2).

No universo dos respondentes podemos verificar que 66% não viveu com nenhuma situação de PHDA, enquanto que 24% já o experienciou com uma pessoa amiga ou outro, e os restantes 10% com um familiar.

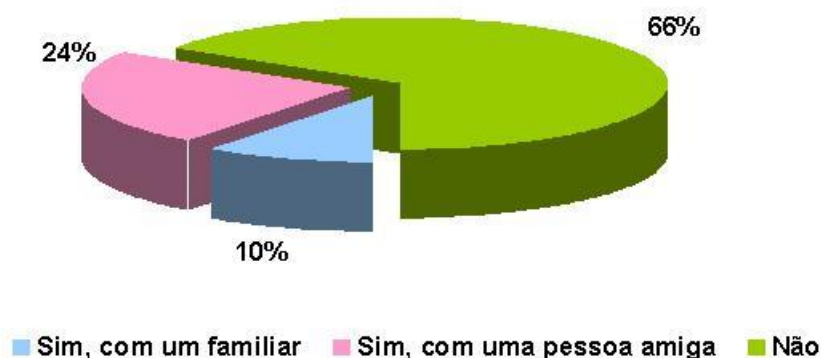


Figura 4. Experiência/ vivência com hiperatividade

Dos que já viveram a situação, uma base de 40 inquiridos, 74% responde que conviveu e acompanhou de perto, enquanto 18% não acompanharam. Dos que acompanharam de perto a situação, nomeadamente com um familiar, cerca de 17 respondentes, 36% viveu-a com um filho.

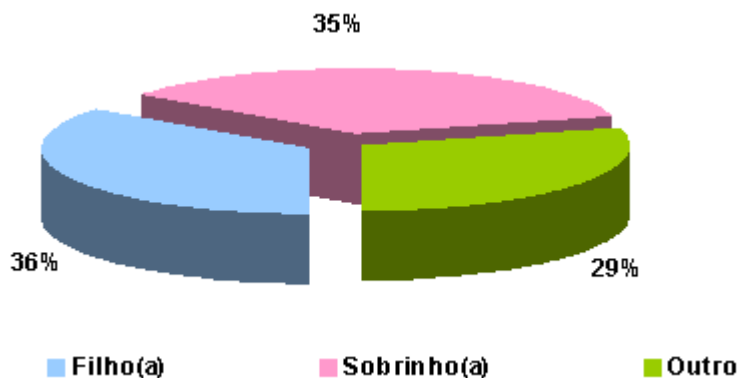


Figura 5. Grau de parentesco

Quando se pergunta aos encarregados de educação que vivem ou viveram com uma situação de hiperatividade, seja com familiar ou outra, quais os tipos de apoio que teve a criança em questão, a família ocupa um lugar de destaque com 72,3%, seguido depois do psicólogo com 68,1%. A escola é referenciada com 53,2% de respostas.

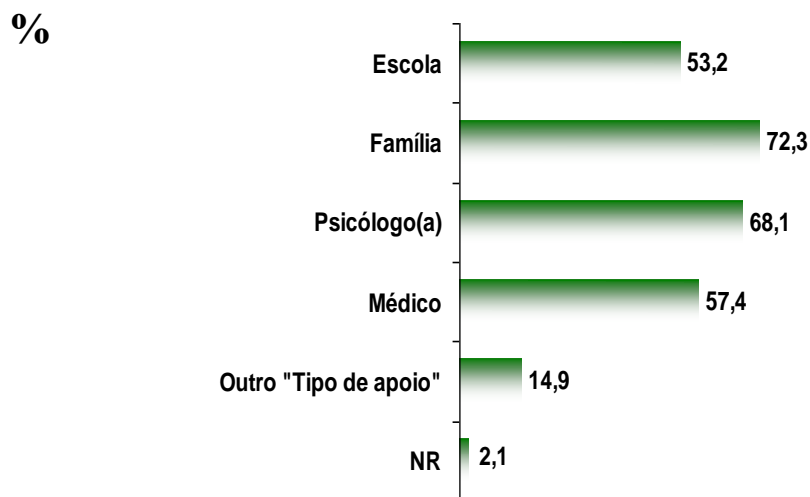


Figura 6. Tipo de apoio dado à criança

Nesta questão o médico a considerar é o de qualquer outra especialidade que não o psicólogo e que para 57,4% dos pais foi considerado como um apoio, 4% com mais importância do que a escola. Embora satisfeitos, a escola ocupa em relação aos outros intervenientes mencionados a escala mais baixa de apenas 3,4, como podemos constatar, destacando-se com maior grau de satisfação o médico, a família e o psicólogo.

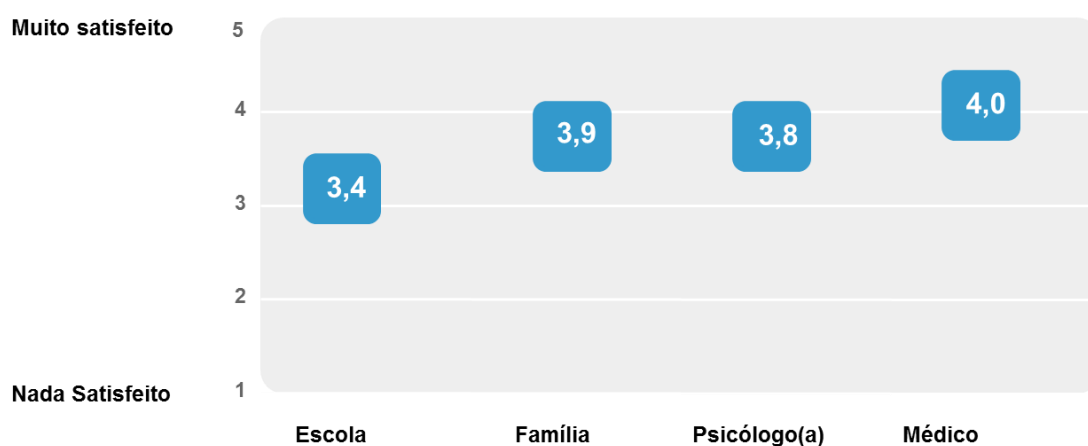


Figura 7. Grau de satisfação obtido com cada um dos intervenientes

É interessante verificar que se este grau de satisfação for cruzado com a variável nível de escolaridade dos encarregados de educação, quem tem o ensino secundário mostra insatisfação no que diz respeito ao apoio dado pela escola com 2,9 destacando com valores acima a família, o médico e o psicólogo.

Quanto aos pais que têm o ensino superior, estes mostram-se satisfeitos com qualquer um dos apoios, embora estejam mais satisfeitos com a família, com o médico e com o psicólogo, é de salientar que o grau de satisfação deste último se encontra abaixo da média.

Os pais que têm o ensino básico como habilitação literária consideram o apoio prestado pela família abaixo da média a qual é de 3,9 e eles consideram 3,3.

Se por outro lado cruzarmos a mesma questão, o grau de satisfação família, escola, médico e psicólogo com a variável quem tem e quem não tem informação sobre o assunto podemos verificar que para os primeiros os médicos ocupam sem sombra de dúvida um grau de satisfação e que para os segundos é a família que ocupa esse mesmo lugar. Para quem não tem informação sobre o assunto a escola não dá o apoio pretendido pois os pais mostram-se insatisfeitos.



Figura 8. Satisfação global cruzada com a variável existência ou não de informação sobre a hiperatividade

Com a variável há quanto tempo teve a experiência, quem a vive atualmente mostra obter maior grau de satisfação junto do psicólogo e do médico. Com a família e com a escola também estão satisfeitos embora em menor grau, aproximando-se este último do “não estou satisfeito, nem insatisfeito”.

Quando se pergunta aos encarregados de educação se de uma forma geral consideram que as crianças com este tipo de perturbação são devidamente acompanhadas pelos

responsáveis de saúde e pela escola. Quer numa resposta quer na outra os respondentes consideram que as crianças não são devidamente acompanhadas como nos elucida as figuras 9 e 10. Dos 167 respondentes 58% considera que as crianças não são devidamente acompanhadas pelos responsáveis de saúde e 53% acha que a escola também não dá esse mesmo acompanhamento.

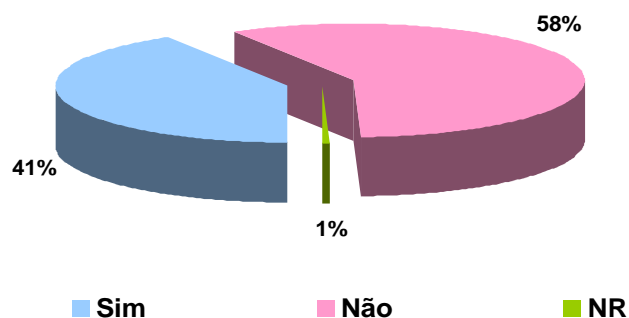


Figura 9 . Grau de satisfação obtido com o acompanhamento dado pelos responsáveis de saúde.

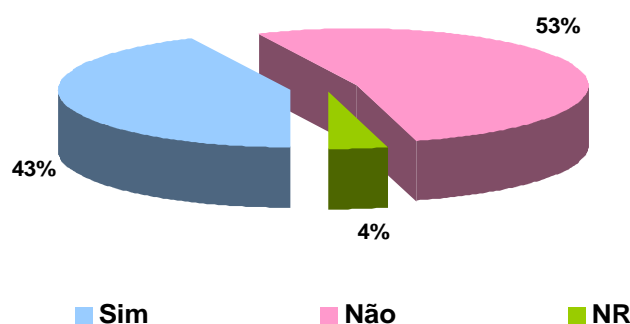


Figura 10. Grau de satisfação obtido com o acompanhamento dado pelo estabelecimento escolar

Quando confrontados com a questão “o que fazer para promover um melhor enquadramento de crianças com diagnóstico de PHDA nos jardins-de-infância onde estão inseridos, sendo dado como possibilidades de resposta a medicação, a maior colaboração pais-escola, terapia familiar, técnicas comportamentais cognitivas em contexto clínico ou a introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula, este último é assumido como sendo o mais importante, com uma taxa de resposta de 32,6%.

O menos importante é sem dúvida a medicação, a qual é considerada por 59,3% dos encarregados de educação.

A figura 11 é representativa do que acabámos de referir, sendo de salientar que foram anuladas 32 respostas por não existir coerência.

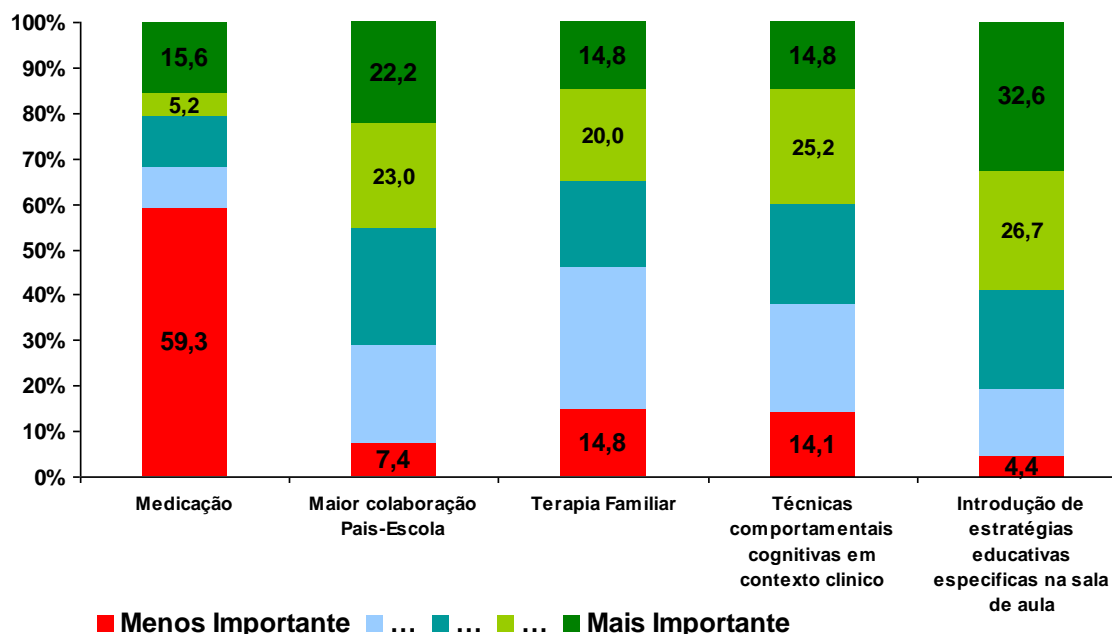


Figura 11. Como promover um melhor enquadramento das crianças com PHDA no jardim

A maior colaboração pais-escola também é referenciada como sendo importante com 23% das respostas.

Cruzando esta mesma questão com a varável idade dos encarregados de educação, (anexo IV, figura8) podemos constatar que as pessoas mais novas, com idades compreendidas entre os 23 e os 30 anos são os que mais importância dão à medicação com 2,9 e menos importância à terapia familiar a qual tem um valor de 2,3 ficando abaixo da média a qual é 2,9.

Por seu lado as pessoas mais velhas, com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos, consideram a medicação como sendo a estratégia menos importante dando-lhe apenas 1,2 de importância. O mais importante para promover um melhor enquadramento é a introdução de estratégias específicas na sala de aula.

Utilizando como variável o nível de escolaridade as respostas dadas são muito homogéneas, embora quem tem o ensino secundário dá maior relevância à colaboração pais – escola como podemos constatar em anexo IV figura 9.

Se a tipologia de escola for a variável a considerar verificamos que se destaca quem tem os educandos na escola privada, os quais consideram como fatores mais importantes a introdução de estratégias específicas na sala de aula com 3,9 assim como a maior colaboração pais – escola com 3,5. Nas respostas dadas estes encarregados de educação também se destacam por valorizar abaixo da média as técnicas comportamentais cognitivas em contexto clínico (anexo IV, figura 10).

Com a mesma questão, mas utilizando como variável há quanto tempo o respondente teve ou tem experiência com a PHDA, verificamos que quem vive atualmente destaca-se na resposta quer pelo aspeto menos importante que neste caso é a medicação, com 1,4 de relevância, quer pelo aspeto mais importante, as técnicas comportamentais cognitivas em contexto clínico assim como a introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula com 4,7 das respostas como nos elucida a figura 12. Para o mesmo grupo de respondentes a melhor forma de enquadramento de uma criança com PHDA também não passa pela terapia familiar, sendo este critério alvo de discórdia.

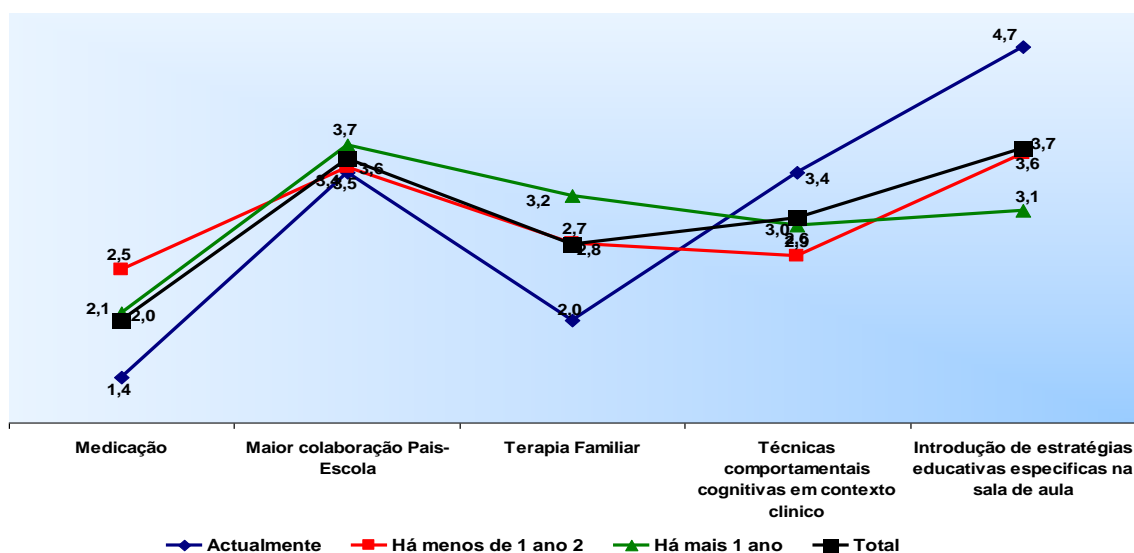


Figura12. Qual a melhor forma de promover o enquadramento das crianças com PHDA na sala de jardim-de-infância, cruzado com a variável tempo de vivência da experiência

Por seu lado quando utilizamos como varável a existência ou não de informação sobre a temática, verificamos que as respostas são muito semelhantes entre uns e outros (anexo IV, figura 11).

Para finalizar o questionário foram colocadas aos encarregados de educação 23 afirmações para perceber qual o grau de concordância ou discordância sobre a inclusão e nomeadamente sobre a inclusão de uma criança com PHDA. Sobre estas afirmações elaborámos uma matriz de duas dimensões, tendo por base a média e o desvio padrão. De forma a facilitar a leitura e respetiva interpretação dos quadrantes foram definidas quatro tipologias a que demos o nome de: manter, vigiar, melhorar e valorizar. A figura 13 é pois elucidativa do referido.

MANTER

VALORIZAR

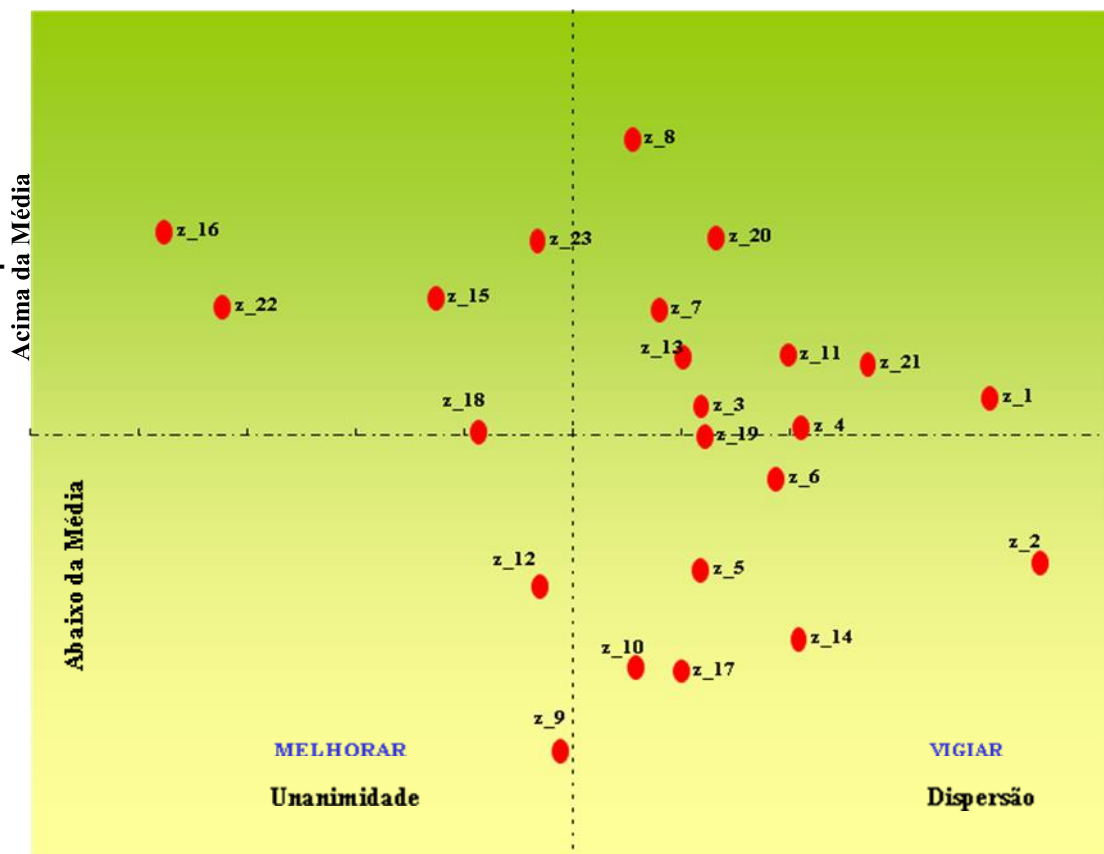


Figura 13. Desvio padrão e média das afirmações

Podemos então verificar que relativamente à afirmação 1, a qual considera que o contato com crianças com PHDA em salas de jardim-de-infância não contribui para que as

outras crianças assumam condutas inadequadas, 11 dos respondentes discorda completamente, 41 discorda, 34 não concorda nem discorda, 47 concordam e os restantes 34 concordam completamente. Estatisticamente consideramos que na totalidade dos respondentes, e realizando a média, a resposta dos inquiridos enquadra-se na escala 3.2, considerando-se assim que existe uma tendência de resposta para o “nem concordo, nem discordo”. Esta opinião assume o mesmo valor em qualquer uma das escolas, independentemente da idade ou grau de escolaridade dos respondentes.

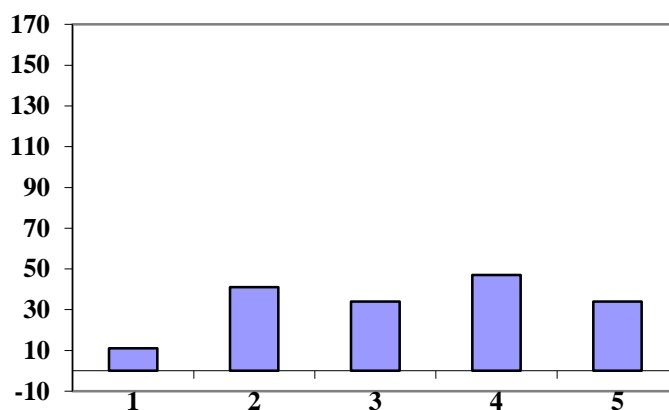


Figura 14. O contato das crianças com PHDA em salas de jardim-de infância não contribui para que as outras crianças assumam condutas

A afirmação 2 considera que as crianças com PHDA não podem enfrentar os desafios que se colocam na sala de aula em igualdade de circunstâncias como as crianças ditas normais. Se generalizarmos as respostas podemos considerar que existe uma tendência para a discordância, pois os dados revelam que numa escala de 1 a 5, as respostas dadas estão no 2.7.

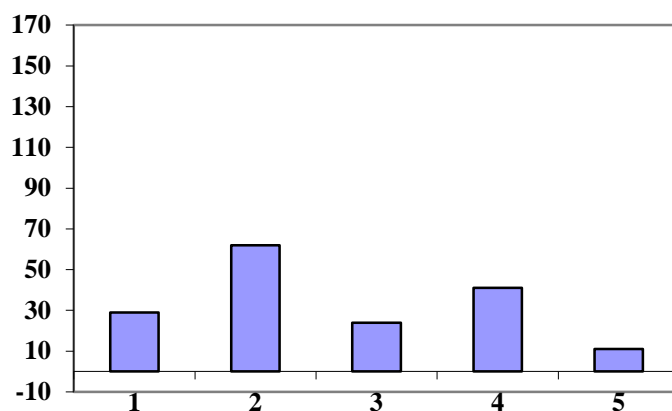


Figura 15. A crianças com PHDA não pode enfrentar desafios que se colocam na sala onde estão inseridos em igualdade de situações como as crianças sem problemas

Quando afirmamos que é difícil manter a ordem numa sala de jardim-de-infância na qual estão incluídas crianças com PHDA, na sua maioria, cerca de 73, concordam com a afirmação, enquanto 47 discordam. Os restantes não concordam nem discordam.

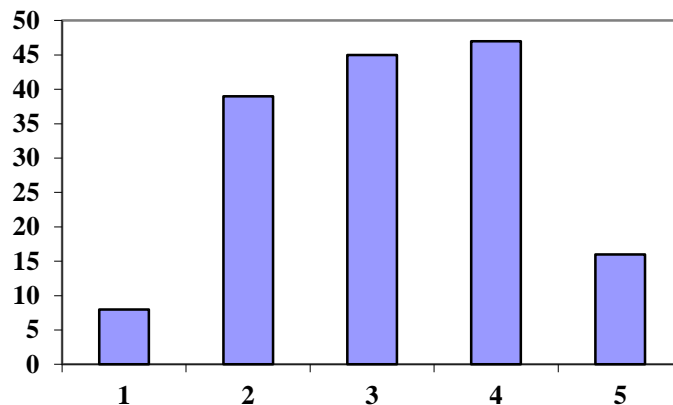


Figura 16. É difícil manter a ordem numa sala de jardim-de-infância onde estão incluídas crianças com PHDA

A afirmação 4 refere-se à eficácia pedagógica dos educadores com crianças com PHDA ficar comprometida pela existência de crianças com esta perturbação. Maioritariamente as respostas situam-se entre o não concordo e o não concordo nem discordo, embora cerca de 74 inquiridos tenham respondido que concorda ou concorda totalmente. A média desta afirmações coloca-se no 3.2.

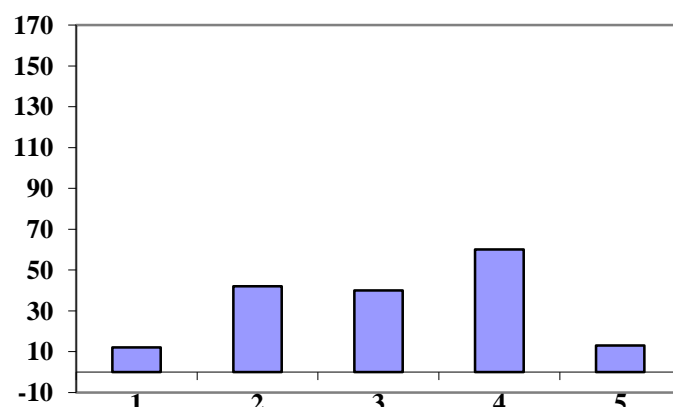


Figura 17. A eficácia pedagógica dos educadores dos educadores nas salas com crianças com PHDA é reduzida atendendo ao facto de terem crianças com diferentes níveis de capacidade

Quando são confrontados com a afirmação se os educadores de educação especial deveriam apoiar os seus colegas educadores e não diretamente as crianças, 47% dos inquiridos discorda da afirmação, enquanto 32% não concorda nem discorda, os restantes 21% concordam ou concordam totalmente com o que é dito.

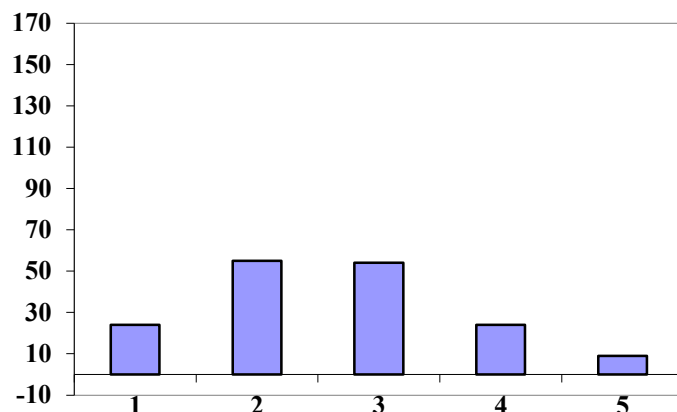


Figura 18. Os educadores de educação especial deveriam os seus colegas educadores e não diretamente as crianças

Quanto à afirmação 6, esta confronta os encarregados de educação com facto de que a inclusão de uma criança com PHDA no ensino regular obriga a alteração das atividades normais. Perante o referido 63 dos inquiridos não concorda, 43 não concorda nem discorda e os restantes 61 concorda, sendo que destes 9 concordam totalmente, como se pode verificar.

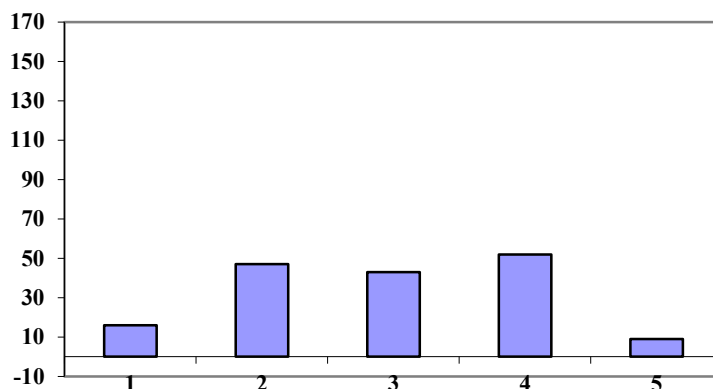


Figura 19. A inclusão de crianças com PHDA numa turma de ensino regular obriga a alterações das atividades normais da sala

No que diz respeito à afirmação 7, esta considera que a educação de crianças com necessidades educativas especiais numa turma de ensino regular atenua as diferenças entre elas e as crianças ditas normais. Dos inquiridos, 27 pessoas discorda da afirmação, 44 não concorda nem discorda e a maioria das pessoas (69) concorda, 27 dos inquiridos concorda totalmente. Em média podemos considerar que a resposta é concordante.

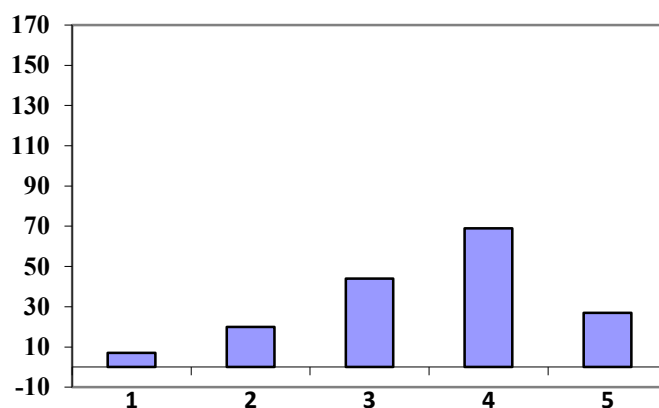


Figura 20. A educação das crianças com NEE numa turma do ensino regular atenua as diferenças entre elas e os seus companheiros ditos "normais"

Na alínea 8 afirmamos que todas as crianças quaisquer que sejam as suas necessidades educativas têm o direito a estarem numa sala de jardim-de-infância do ensino regular.

Ao analisarmos os dados obtidos, apenas 13 dos inquiridos discorda do referido. A maioria, 77 pessoas concorda totalmente, 56 concorda e 21 não concorda nem discorda.

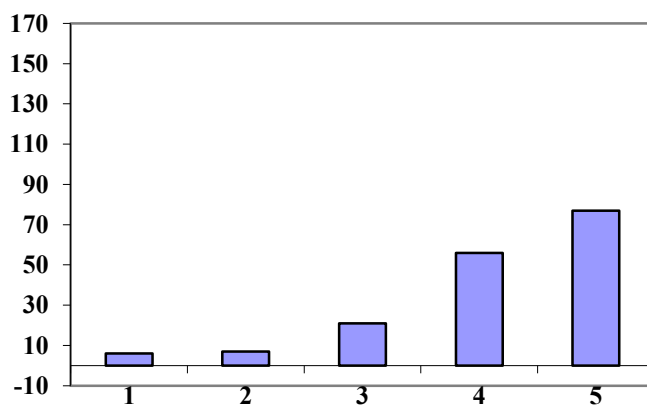


Figura 21. Todas as crianças, quaisquer que sejam as suas NEE, têm o direito a estarem numa sala de jardim-de-infância do ensino regular

A afirmação 9 por nós definida refere que as crianças ditas “normais” que interagem com crianças com PHDA têm menos possibilidade de se desenvolverem cognitivamente. Ao referido, os encarregados de educação discordam totalmente ou discordam na sua maioria. Dos 167 inquiridos apenas 14 concorda, ou concorda totalmente com a afirmação. A responder não concorda nem discorda temos 27 inquiridos.

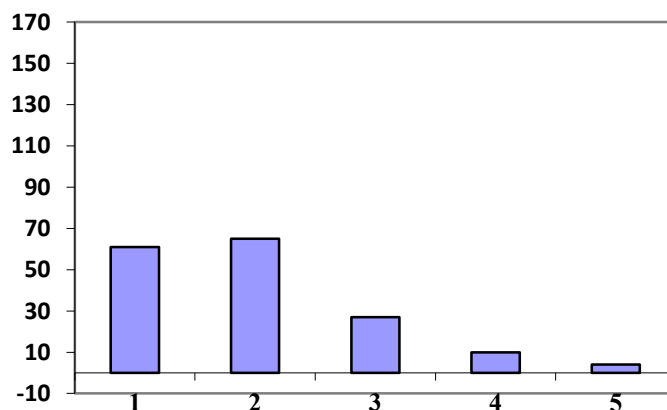


Figura 22. As crianças ditas "normais" que interagem com crianças com PHDA têm menos possibilidade de se desenvolverem cognitivamente

Quanto à afirmação 10, esta refere que a inclusão escolar de crianças com PHDA é uma moda e deixará de se praticar quando se provar que não é rentável a longo prazo.

Oitenta e nove dos inquiridos discorda totalmente ou discorda da afirmação, enquanto 62 não concorda nem discorda, 13 concorda e 3 concorda totalmente, como se pode verificar na figura abaixo representada.

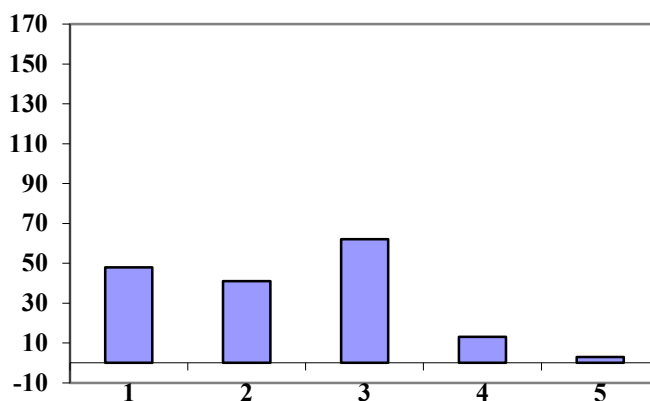


Figura 23. A inclusão escolar de crianças com PHDA é uma moda e deixará de se praticar que não é rentável a longo prazo

Quanto à afirmação 11 foi considerado que a presença de uma criança com PHDA numa sala de jardim-de-infância de ensino regular não interfere com o desenvolvimento dos seus colegas. A grande maioria dos inquiridos concorda ou concorda totalmente com a afirmação e 39 discorda ou discorda totalmente do referido. Cerca de 40 pessoas não define a sua posição colocando-se no nem concorda nem discorda.

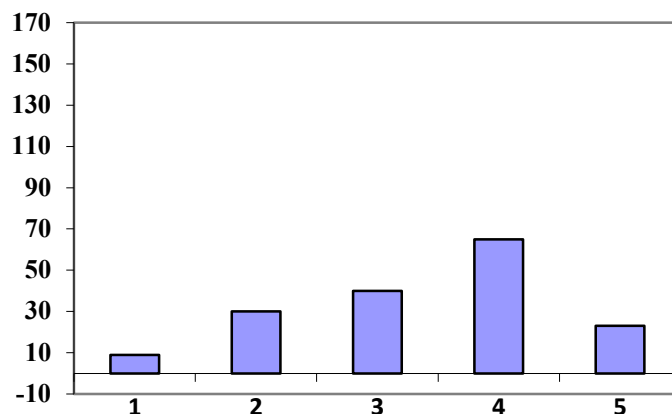


Figura 24. A presença de uma crianças com PHDA numa sala de jardim-de-infância de ensino regular, não interfere com o desenvolvimento dos seus colegas

Quando afirmamos que as crianças com PHDA têm ciclos mais curtos de atenção do que as outras crianças, o que implica que não beneficiem das atividades elaboradas para a turma, 83 dos inquiridos discorda enquanto 53 não concorda nem discorda, no entanto, existem 28 pessoas que estão de acordo.

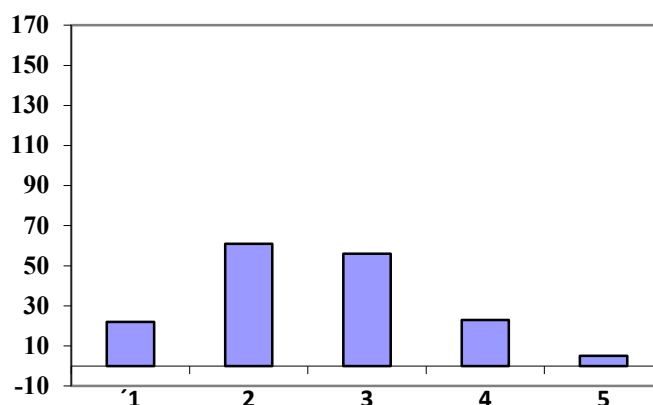


Figura 25. As crianças com PHDA têm ciclos de atenção mais curtos que as outras crianças pelo que não podem beneficiar das atividades desenvolvidas em turmas de ensino regular

Quando se afirma que a atenção que as crianças com PHDA requerem por parte do adulto não prejudica o sucesso das outras crianças, 87 dos inquiridos concorda com o referido, 36 discorda e 44 não concorda nem discorda, como se pode verificar na figura.

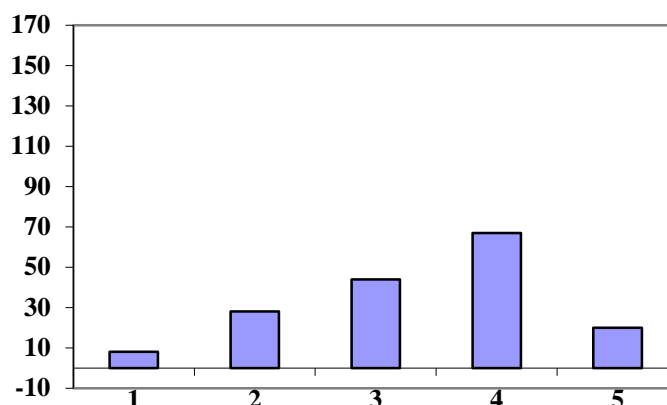


Figura 26. A atenção que requer as crianças com PHDA não prejudica o sucesso dos outros alunos

Na premissa 14 é considerado que aqueles que estão a favor da inclusão de crianças com PHDA no ensino regular estão pouco interessados em melhorar a qualidade do ensino. Esta premissa é contrariada quando 99 dos respondentes discorda do referido e apenas 30 pessoas concorda. No grupo dos que não concordam nem discordam encontramos 38 respondentes.

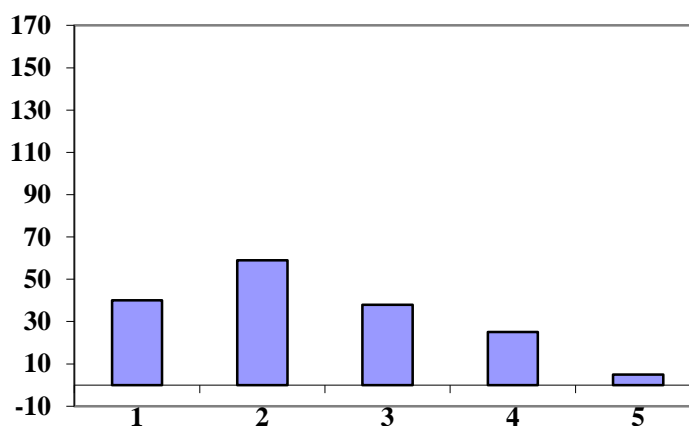


Figura 27. Os que estão a favor da inclusão de crianças com PHDA numa sala de ensino regular, estão pouco interessados na melhoria da qualidade do ensino

Na afirmação 15 consideramos que se as comunidades educativas fossem responsabilizadas pela conceção / execução dos programas educativos para crianças com PHDA, estas não apresentariam tantas dificuldades de integração e de aprendizagem. A maioria dos respondentes, 89 concorda ou concorda totalmente com a afirmação, 61 não concorda nem discorda e os restantes 17 discorda ou discorda totalmente do referido.

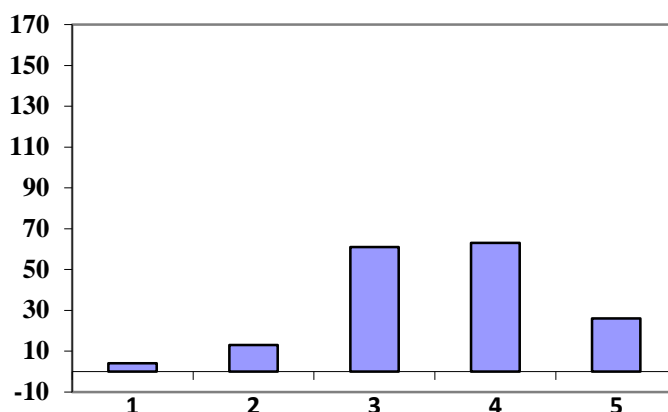


Figura 28. Se as comunidades educativas fossem responsabilizadas pela conceção/execução dos programas educativos para as crianças com PHDA, estas não apresentariam tantas dificuldades de integração e aprendizagem

Na afirmação 16 foi considerado que a presença de uma criança com PHDA numa turma de ensino regular proporciona novas situações de aprendizagem para os outros alunos. Esta é pois uma afirmação que reúne em si consenso entre os inquiridos, dos quais 92 concordam com o que é referido e 28 concordam totalmente. Dos 167 respondentes apenas 1 discorda totalmente, 11 discordam e 35 não concordam nem discordam, como se pode verificar no gráfico abaixo indicado.

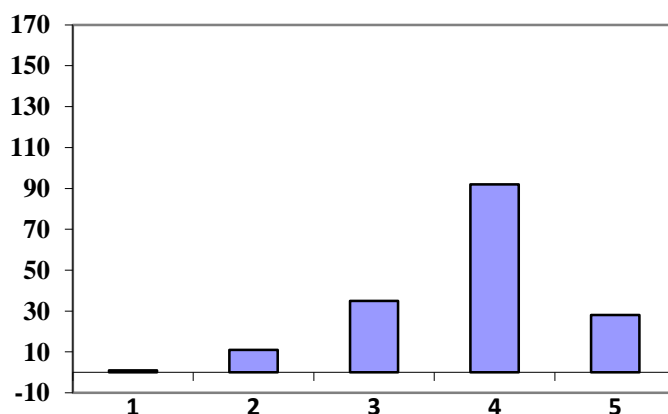


Figura 29. A presença de uma crianças com PHDA numa turma de ensino regular, proporciona novas situações de aprendizagem para outros alunos

Quanto à afirmação 17 considerámos que ter crianças com PHDA em turmas de ensino regular não é benéfico nem para elas, nem para as ditas “normais”. Setenta e dois dos inquiridos não concordam com o referido, 39 discordam totalmente, 12 concordam e 8 concordam totalmente. Dos 167 respondentes, 36 não concorda nem discorda.

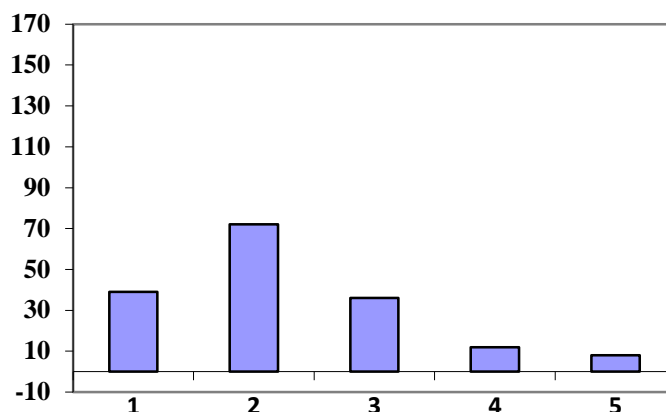


Figura 30. Ter crianças com PHDA numa turma de ensino regular não é benefício nem para elas nem para as crianças ditas "normais"

Ao afirmarmos que incluir crianças com PHDA numa turma de ensino regular ocasiona mais benefícios do que problemas, 69 respondentes não concordam nem discordam, 49 concordam com o que é afirmado e 9 concordam totalmente, enquanto 40 discordam.

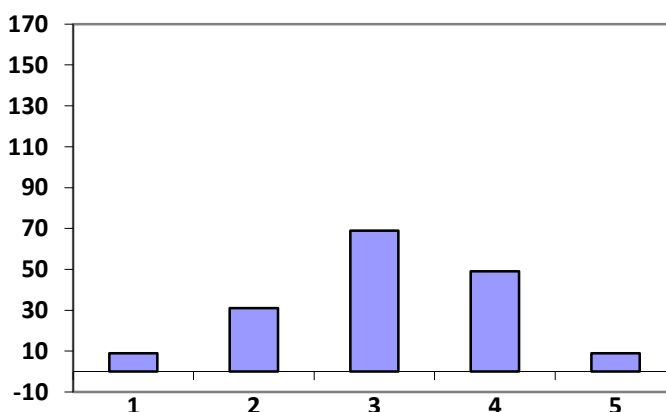


Figura 31. Incluir na turma crianças com PHDA ocasiona mais benefícios do que problemas

Quanto à afirmação 19, esta considera que a aprendizagem das crianças com PHDA faz-se mais lentamente devido às dificuldades que encontram numa turma do ensino regular. Quarenta e sete dos respondentes não concorda nem discorda, 53 concordam e 13 concorda totalmente. Nove dos inquiridos discorda totalmente e 45 discordam do que é afirmado, tal como se pode verificar.

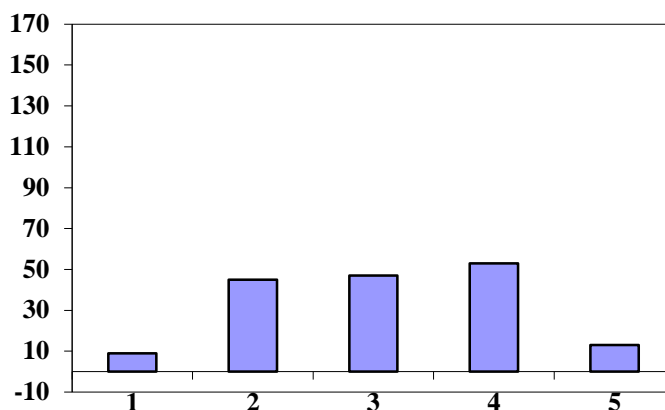


Figura 32. A aprendizagem de crianças com PHDA faz-se mais lentamente devido às dificuldades que enfrentam numa turma de ensino regular

Quando afirmamos que sem formação especializada, dificilmente o educador do ensino regular poderá dar uma resposta adequada às crianças com PHDA, a maioria dos respondentes, 111, concordam ou concordam totalmente com o referido, 35 não concorda nem discorda, enquanto os restantes discordam ou discordam totalmente.

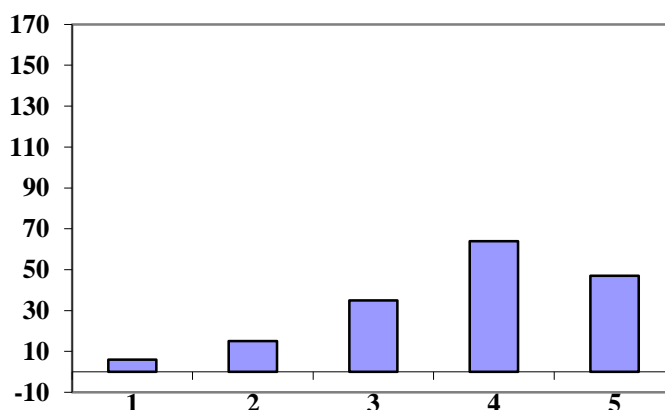


Figura 33. Sem formação especializada dificilmente o educador do ensino regular poderá dar uma resposta adequada às crianças com PHDA

A afirmação 21 é relacionada com os recursos didáticos onde afirmamos que sem estes a ajuda do professor de apoio é quase inútil. A maioria dos respondentes, 58 considera que sim concordando com a afirmação e 26 concordam totalmente, 38 respondentes não concorda nem discorda e num total de 45 pessoas discordam daquilo que é afirmado.

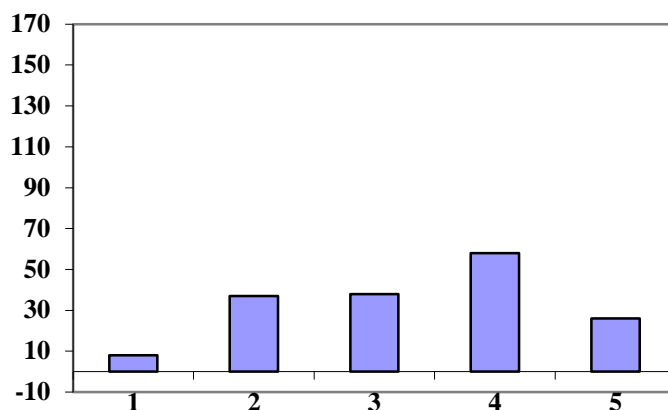


Figura 34. Sem os recursos didáticos necessários a ajuda do professor de apoio é quase inútil

Na afirmação 22 considerámos que nas classes regulares as crianças com PHDA podem acelerar o seu ritmo de aprendizagem pois tomam como estímulo e modelo os alunos ditos “normais”. Perante o referido 82 dos inquiridos concorda, 14 concorda totalmente, 54 não concordam nem discordam. A discordar encontrámos 17 respondentes.

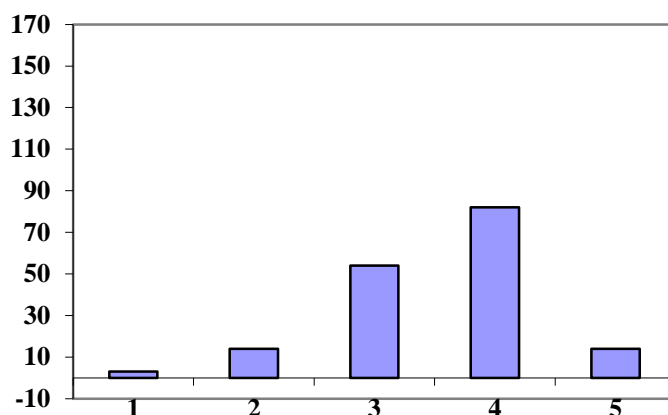


Figura 35. Nas classes regulares as crianças com PHDA podem acelerar o seu ritmo de aprendizagem pois tomam como estímulo e modelo os alunos ditos "normais"

Para finalizar as afirmações considerámos ainda que a heterogeneidade das turmas não é fator de insucesso escolar ao que 61 dos inquiridos concorda com o referido, 44 concorda totalmente, 46 não concordam nem discordam, 13 discordam e 3 discordam completamente.

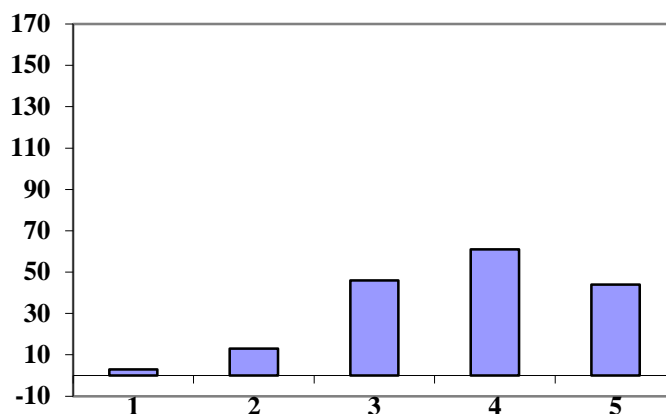


Figura 36. A heterogeneidade das turmas não é o fator de insucesso escolar

Para terminar a nossa análise de dados cruzamos qualquer uma destas afirmações com as variáveis anteriormente consideradas: a idade dos respondentes, a tipologia de escola e o nível de escolaridade e verificamos que as respostas são unânimes não se verificando grande discrepância nas variáveis. Contudo, no que diz respeito à variável nível de escolaridade podemos verificar que existe alguma diferença nas resposta nomeadamente nas afirmações 9,14, 17e 19 destacando-se os encarregados de educação com nível superior discordantes com as afirmações. É também de salientar que na afirmação 22 são os encarregados de educação com ensino básico que se destacam das respostas também por discordarem com a afirmação referida, tal como se pode ver na figura abaixo indicada.

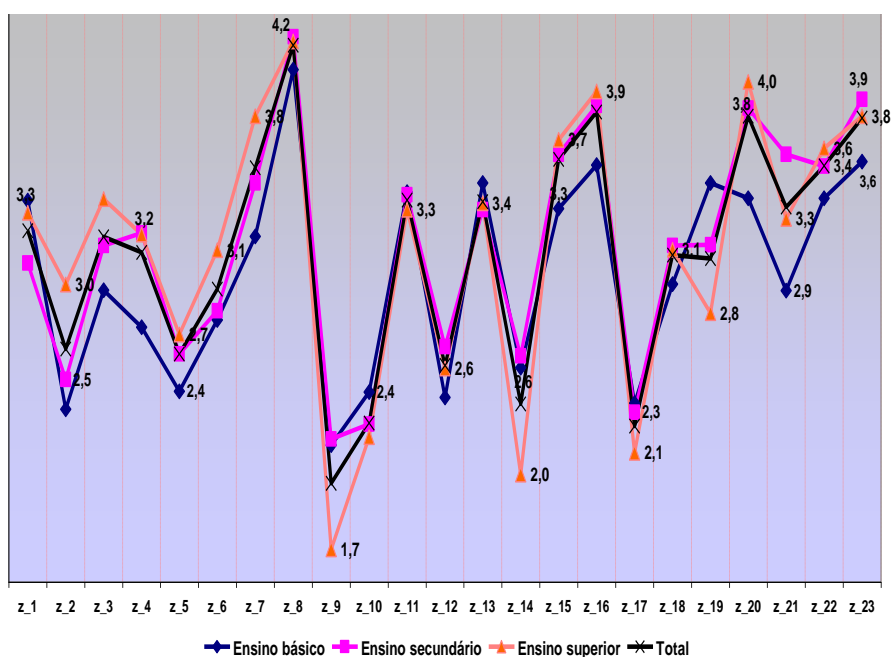


Figura 37. Análise comparativa das afirmações cruzada com a variável grau de escolaridade dos respondentes

No que diz respeito à variável idade dos respondentes também se verificam algumas diferenças nomeadamente dos respondentes na faixa etária entre os 23 e os 30 anos de idade, os quais se destacam nas afirmações 10, 14 e 21 por discordarem do que é dito.

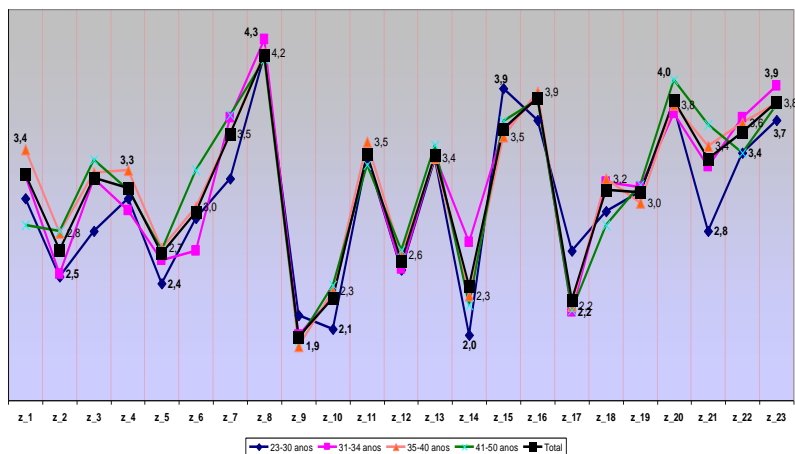


Figura 38. Análise comparativa das afirmações cruzadas com variável idade dos respondentes

Referindo agora a variável tipologia de escola verificamos que o destaque vai para as afirmações 4,5,6,10 e 16 onde os pais da escola particular são mais concordantes com o que é referido.

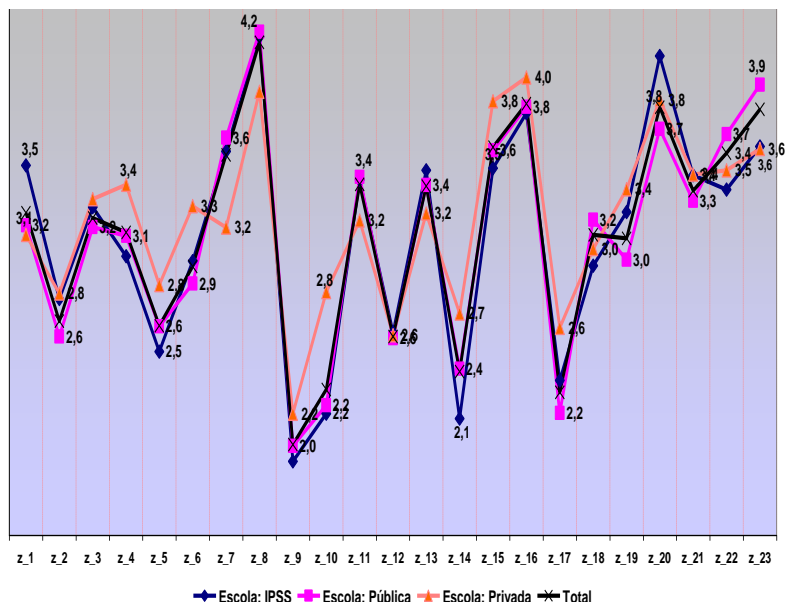


Figura 39. Análise comparativa das afirmações cruzada com a variável tipologia de escola

4. Discussão

Tendo em conta o quadro concetual sustentado pela pesquisa bibliográfica do presente trabalho de investigação e após termos apresentado os resultados iremos proceder à discussão dos mesmos. Devemos salientar que a bibliografia existente sobre as atitudes dos pais, sejam eles com ou sem crianças portadoras da PHDA é relativamente reduzida o que de certa forma condiciona as elações a retirar.

Um outro aspeto a relatar, que de certa forma também limita as respostas dadas e consequentemente a discussão de dados é o fato de na escala escolhida para servir de base ao instrumento de recolha de dados existir um valor intermédio em que o respondente não concorda nem discorda verificando-se que existe uma tendência para esse tipo de resposta, não permitindo em algumas situações perceber exatamente qual a verdadeira opinião dos respondentes. Isto é não podemos dizer que nesta ou naquela resposta os respondentes estão de acordo ou desacordo com o referido, apenas que existe uma tendência. Muitos dos respondentes preferem ser imparciais nas respostas.

Como grande objetivo do referido trabalho, pretendemos perceber quais as atitudes dos pais perante a inclusão de uma criança com PHDA. É fundamental saber se as atitudes e perceções dos pais, os primeiros agentes socializadores da criança, influenciam a forma de ser e de estar de cada uma das crianças e se essas mesmas atitudes são um fator a favor ou condicionante ao processo de inclusão.

O questionário foi elaborado com o intuito de dar resposta às questões de investigação colocadas. Numa primeira fase e após a identificação do respondente, pretendemos dar resposta à primeira questão, ou seja, perceber se os encarregados de educação conhecem os comportamentos caraterísticos da PHDA, ou se simplesmente consideram estas crianças mal-educadas, como são muitas vezes rotuladas (Lopes, 2004).

Foi elaborada uma listagem com alguns comportamentos característicos da referida perturbação (uns mais relevantes que outros de acordo com a bibliografia consultada) para que identificassem quais os que consideravam como principais. É interessante verificar que os encarregados de educação associam a PHDA à agitação e impaciência, impulsividade e distração. Qualquer uma destas características é corroborada pela literatura consultada (APA, 2002; Barkley, 2006; Lopes, 2004; Pinto, n.d.; Ramalho, 2009). O que alguns desconhecem é que a referida perturbação é co-morbida com a

depressão e a ansiedade, sendo certo que embora sejam comportamentos que geram discordância entre os respondentes, assumem um valor mais elevado de resposta nas pessoas entre os 41 e 50 anos.

Ainda no que diz respeito à variável idade verificamos que o comportamento que assume maior concordância, acima da média, é a agitação sendo os respondentes com idades compreendidas entre os 23 e os 30 anos que mais o evidenciam.

No que diz respeito à tipologia de escola, a IPSS é o local onde o maior número de encarregados de educação considera a depressão como uma característica da PHDA, embora ainda seja assumido como comportamento discordante já se aproxima da concordância.

Um outro comportamento co-mórbido com a PHDA é a agressividade a qual muitas vezes se manifesta em perturbações de conduta (APA, 2002, Ramalho, 2009). É de registar que é na IPSS que maior número de encarregados de educação atribui este comportamento. A escola privada é a que menos relevância lhe dá.

Quem viveu a experiência entre 1 e 3 anos considera como comportamentos principais da PHDA a impulsividade e a agitação.

Como reflexão pessoal considero que os comportamentos acima mencionados são com certeza os mais representativas e de fácil associação quando se fala em PHDA, pelo que qualquer pessoa as identifica mesmo que não tenha vivido a situação ou que tenha pouca informação acerca do assunto. Assim podemos considerar que de certa forma, os respondentes estão conscientes das características da PHDA, embora isso não queira dizer que se aqueles encarregados de educação estiverem perante determinado comportamento de determinada criança sem saber que se trata de PHDA não a considere como mal-educada.

É pertinente salientar que quem viveu a experiência há menos tempo, considera os comportamentos definidos pelo DSM – IV- TR (APA, 2002), como sendo os mais relevantes. Esta constatação poderá eventualmente ter a ver com o facto de hoje em dia existir uma maior e melhor informação acerca do tema (Pinto, n.d.), embora quem vive a situação não tenha destacado nenhum comportamento, mantendo a sua média de opinião no “não concordo nem discordo”.

Para quem vive ou viveu com a situação, a família aparece aqui como grande apoio e suporte para a superação do problema. Embora em mudança a família continua a ser a base, o refúgio e o “porto de abrigo” quando existem dificuldades (Alarcão, 2006; Cruz, 2005). É a família que em situação de perturbação assume maior grau de satisfação no apoio dado à criança. É fundamental que os pais das crianças com PHDA compreendam os filhos para que melhor os possam ajudar e não os conotem como preguiçosos, desarrumados, desatentos, desobedientes...

Ainda relativamente ao apoio dado às crianças com PHDA e segundo a literatura consultada verificámos que embora o professor tenha um papel ativo e privilegiado no diagnóstico (Lopes, 2004; Pinto, n.d.), os pais que vivem ou viveram de perto com a PHDA contrariam o referido e consideram que o papel da escola nesse mesmo apoio não é assim tão significativo mostrando-se pouco satisfeitos com o apoio prestado. Grande parte dos respondentes optou por uma resposta imparcial em que não concorda nem discorda.

Tal resposta faz-nos questionar se a escola está realmente no caminho certo para a inclusão ou se ainda existe muito trabalho a fazer. Não queremos com isto dizer que esta se deve substituir à família, mas deve si complementar e apoiar essa mesma família na educação dos filhos, sejam eles portadores ou não de NEE (OCEPE, 1997).

Também se verifica nas respostas dadas que o médico não acompanha devidamente as crianças portadoras da perturbação. Por esta razão ao serem confrontados com quais as diferentes estratégias que poderão eventualmente promover um melhor enquadramento das crianças com PHDA, os respondentes referem que essas mesmas estratégias deverão passar por uma maior colaboração entre pais e escola assim como a introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula. Consideram a medicação como sendo a estratégia menos importante, tornando-se esta ainda menos para os respondentes mais velhos ou seja com idades compreendidas entre os 42 e os 50 anos, os quais discordam totalmente da sua implementação.

Verifica-se ainda que os respondentes mais novos com idades compreendidas entre os 23 e os 30 anos consideram a terapia familiar como sendo uma estratégia com pouca relevância, e embora discordem da medicação, é para este grupo que ela assume uma maior importância. Este tipo de resposta leva-nos a acreditar que o facto de o conceito de família estar em constante alteração influencia o referido, assumindo assim a

medicação um papel mais importante até porque os efeitos sobre os comportamentos são quase imediatos controlando de certa forma a criança em questão.

Quem vive atualmente com a PHDA considera que a melhor forma de enquadrar estas crianças numa sala de jardim-de-infância é sem dúvida introduzindo estratégias educativas específicas.

As respostas encontradas vêm de encontro ao que é preconizado pela literatura no que diz respeito à intervenção da PHDA, a qual considera que embora a medicação assuma um papel importante no controle da referida perturbação ela não é tudo e que apenas resolve uma parte do problema (Lopes, 2004; Pinto, n.d). Estes autores consideram que as estratégias de intervenção na sala de aula, assim como as estratégias educacionais e as estratégias de intervenção parental são fundamentais para a melhoria do problema.

Fazendo uma análise global das respostas dadas pelos pais podemos constatar que na sua maioria são a favor da inclusão de uma criança com PHDA na sala de jardim de infância, embora reconheçam que é difícil trabalhar e manter a ordem numa sala onde estão inseridas crianças com esta perturbação.

Esta constatação remete-nos para a questão de investigação anteriormente definida, a qual tem como objetivo perceber se estão os pais em geral preparados para aceitar uma criança com PHDA na sala do seu educando, contribuindo assim para o princípio da inclusão.

Os respondentes consideram na sua maioria que todas as crianças com e sem NEE têm o direito a frequentar uma turma de ensino regular e que a existência de uma criança diferente atenua as diferenças que existem entre estas crianças e as ditas normais, discordando quando afirmamos que a presença de uma criança com PHDA limita o desenvolvimento cognitivo das outras crianças. Verificámos também que a presença de uma criança com PHDA é vista pelos pais como geradora de novas aprendizagens.

As respostas encontradas vêm comprovar o que é defendido no princípio da inclusão onde é considerado por Rodrigues (2003) que é fundamental que os diferentes tenham direito à sua diferença assim como o direito a estar na escola e na sociedade enquanto pessoas ativas na construção dessa mesma sociedade, partindo do pressuposto que a diferença pressupõe as bases para novas aprendizagens (OCEPE, 1997).

O referido corrobora a questão de investigação por nós colocada a qual pretendia perceber se as crianças com PHDA eram consideradas como uma mais valia ou como uma condicionante nas aprendizagens dos outros. Constatámos que os pais consideram que essa presença é vista como um benefício para as aprendizagens de uns e de outros.

Devemos salientar que os respondentes consideram importante a formação por parte do professor de forma a dar respostas adequadas às necessidades das crianças com PHDA. Constatamos ainda que os respondentes consideram relevante envolver a comunidade educativa no processo de elaboração dos programas educativos o que diminuiria as dificuldades de integração e aprendizagem destas crianças.

Quando referimos anteriormente a intervenção e tratamento da PHDA percebemos que o envolvimento dos parceiros educativos e o desenvolvimento de estratégias permitem atenuar as dificuldades sentidas pelas crianças portadoras de PHDA, promovendo o sucesso escolar e o aumento da auto estima (Lopes, 2004; Ramalho, 2009).

Após a referência bibliográfica e depois de termos analisado os dados obtidos verificámos que as atitudes dos pais são concerteza facilitadoras ou condicionantes ao processo de inclusão (Barbosa, 2002). Pudemos perceber que caminhamos para a escola de todos e para todos como é defendido por Correia (2008), em que cada vez mais os pais são a favor da inclusão de crianças diferentes na sala do seu educando. Tiramos como elação que se os pais concordam com a inclusão, e se a defendem será essa a ideia que passarão para os seus educandos, tornando-os assim seres humanos mais sensíveis e mais justos, pois não podemos esquecer que são os pais os modelos dos filhos (Alarcão, 2006, Cruz, 2005, Paideia, 2005).

Capítulo III

Considerações Finais

Numa sociedade em constante mudança, que vive numa velocidade avassaladora, onde os valores morais e sociais de hoje já não são iguais aos de ontem, é cada vez maior o número de crianças e famílias diferentes que nos aparecem na sala de aula, ressaltando que diferentes somos todos residindo aí a verdadeira riqueza do ser humano.

Elaborar um trabalho de investigação onde o objeto de estudo são crianças com PHDA e as atitudes dos pais foi um verdadeiro desafio. O referido trabalho permitiu-nos aprofundar o tema da PHDA o que possibilitou desmistificar estas crianças compreendendo-as melhor, vindo os conhecimentos adquiridos serem aplicados no dia a dia enquanto profissionais de educação que irão ajudar os pais destas crianças a perceberem-nas melhor e a ajudá-las a lidar com elas. Estes conhecimentos permitirão também demonstrar aos outros pais que estas crianças sofrem de uma perturbação e não são mal educadas, existindo uma razão válida para esse tipo de comportamento.

Constatámos que embora caminheamos a passos largos para a inclusão verificamos que a imparcialidade acerca do tema ainda existe preferindo muitos encarregados de educação manter-se na sua zona de conforto onde não concordam nem discordam com o referido.

É fundamental modificarmos as nossas atitudes de modo a que as escolas do futuro sejam realmente escolas inclusivas de todos e para todos contribuindo assim para a construção de uma sociedade mais justa, mais equilibrada e mais igualitária.

A escola e a família encerram em si essa difícil missão!

Consideramos que o presente trabalho de investigação de uma forma geral conseguiu atingir os objetivos a que se propôs, embora tivéssemos encontrado algumas barreiras à sua realização. Este trabalho irá contribuir para um melhor e mais aprofundado conhecimento das crianças com PHDA assim como um melhor conhecimento da parentalidade e do papel que esta desempenha no desenvolvimento e construção da criança.

Aqui quando nos referimos a parentalidade referimo-nos aos pais das crianças com e sem problemas, sendo a pouca bibliografia referente às atitudes dos pais das crianças sem problemas e até mesmo às com PHDA um obstáculo a este trabalho de investigação.

Um outro obstáculo encontrado prendeu-se com a escala de atitudes a qual permite a existência de um valor intermédio o que condiciona o tratamento de dados pois é melhor sermos indiferentes do que tomarmos uma atitude.

Em trabalhos futuros seria interessante verificarmos as verdadeiras atitudes, quero com isto dizer que o valor intermédio não deveria existir. Também o facto de nem todos os questionários terem sido devolvidos influencia o resultado, pois se isso não tivesse acontecido poderíamos apresentar um resultado mais sustentado com um maior número de respostas. Importa referir que este estudo pode não refletir o resultado da população em geral pois os questionários apenas foram aplicados a trezentos participantes.

Mais uma vez reforço aqui o papel fundamental dos pais enquanto modelos dos filhos, sejam modelos bons ou menos bons a criança irá sempre querer imitar fazendo o que vê fazer. Assim se queremos realmente uma escola de todos e para todos, uma sociedade justa que oferece igualdade de oportunidades sejamos então bons modelos.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psíquilibrios.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, N.L. (2009). *Mal- Entendidos*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Bairrão, J (1998). *Os Alunos com Necessidades Educativas Especiais: Subsídios para o Sistema de Educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Barbosa, A. (2007). *As atitudes parentais em relação à educação inclusiva*. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13, (3), 447-458. (consultado em março, 2012)
Disponível em [http/ www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.Press.
- Benavente, A. (1993). *Mudar a escola, mudar as práticas- Um estudo de caso em educação ambiental*. Lisboa: Escolar Editora.
- Bofenbrenner, U. (2002). *A Ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre. Artemed.
- Brennan, W.. (1985). *El currículo para niños con necesidades especiales*. Madrid: España.

Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.

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). *Inclusão e necessidades educativas especiais – um guia para educadores e professores (2ª ed.)*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. M., & Serrano, A. M. (ed.) (2000). *Envolvimento parental em intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.

Cruz, Fonseca, A., Simões, M. & Rebelo, J. (1998). *A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: Dados de um estudo exploratório*. Psychologica nº 19.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Colecção Psicologias. Coimbra: Quarteto.

Jimenez, R. (1997). *Uma Escola para Todos: a Integração Escolar*. In R. Jiménez (Ed.). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Jimenez, R., (Ed) 1993). *Necessidades Educativas Especiais (2ª ed.)*. Lisboa: Dinalivro.

Lima, M. L. (1993). *Atitudes*. Revista Psicologia Social.

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

Lourenço, M. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em contexto escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes do professor de 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico*. Tese de Mestrado inédita. Universidade Técnica de Lisboa Departamento da Faculdade de Motricidade Humana.

Nolte, D. (2005). *As crianças aprendem o que vivem*. Lisboa. Bizâncio.

Odom, S. L. (2007). *Alargando a roda: a inclusão de crianças com necessidades educativas especiais na educação pré-escolar*. Porto Editora (Trabalho original em Inglês publicado em 2002).

Pereira, A. I. (2009). *Crescer em relação: estilos parentais educativos, apoio social e ajustamento – estudo longitudinal com crianças em idade escolar*. Tese de doutoramento. Universidade de Coimbra, Departamento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Pinheiro, I (2009). *Atitudes dos professores do 2º ciclo do ensino básico das escolas do CAE – Tâmega face à inclusão de alunos com deficiência*. Tese de Mestrado inédita. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Disponível em <http://hdl.handle.net/110216/9995>

Pinto, M. R. (n.d.). *Manual de TDAH*. Texto inédito. Associação Cultural e Social da Marteleira.

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

Ramalho, J. (2010). *Percurso desenvolvimental dos portadores da perturbação de hiperatividade com défice de atenção*. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16 (2), 313-322.

Ramalho, V. (2001). *Lá em casa mandam eles?* (3ª ed.). Braga. Psiquilíbrios.

Rodrigues, Ana (2005). *Hiperactividade e défice de atenção: Compreender e intervir na escola e na família*. Recuperado em 2012, setembro, de pt.scribd.com/doc/11787791/HiperatividadeCadin

Rodrigues, D.(Ed.) (2003). *Perspetivas sobre a inclusão: da educação à sociedade*
Porto : Porto Editora.

Serrano, J. (2005). *Percursos e práticas para uma escola inclusiva*. Tese de doutoramento inédita. Universidade do Minho.

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção na Área das NEE. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Legislação consultada

Constituição da República Portuguesa (1976).

Decreto – Lei 46/86 de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo).

Decreto – Lei 319/91 de 23 de Agosto.

Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro de 2008.

Anexos

Índice

Anexo I. Questionário aplicado no pré-teste

Anexo II. Questionário Anexo

Anexo III. Carta às escolas Anexo

Anexo IV. Figuras

Anexo I

Questionário aplicado no pré-teste

O presente questionário destina-se a recolher dados para uma investigação sobre “as atitudes dos pais perante a inclusão de uma criança com perturbação de hiperatividade e défice de atenção”. Este trabalho destina-se à obtenção da pós graduação na Universidade Fernando Pessoa.

Gostaria de solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário. As suas respostas serão tratadas de um modo **totalmente confidencial**.

Desde já obrigado!

Caracterização pessoal e do seu agregado familiar

1 . Sexo.

Masculino	1
Feminino	2

2. Idade: _____

3. Situação profissional?

Quadros superiores	
Quadros técnicos	
Comércio	
Indústria	
Serviços	
Doméstica	
Desempregado	

4. Quais as suas habilitações literárias?

Mestrado/Doutoramento	
Licenciatura	
Bacharelato (curso médio / politécnico)	
Ensino secundário – 12º ano	
3º ciclo do ensino básico – 9º ano	
2º ciclo do ensino básico – 6º ano	
1º ciclo do ensino básico – 4º ano	

5. Estado civil? _____

6. Agregado familiar?

pessoas

7. Número de filhos

1 2 3 4 5 mais de 5

8 . Algum dos seus filhos tem Necessidades Educativas Especiais

Sim Não

8.1. Tipo de problemática do seu filho(a):

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

9. O que é para si a hiperatividade?

10. Já alguma vez teve contacto, directa ou indirectamente, como uma situação em que uma criança apresente um perfil de hiperatividade?

Sim, com um familiar	1
Sim, com uma pessoa amiga	2
Não	3

11. Concorda com a inclusão de uma criança com hiperatividade numa sala de Jardim de Infância?

Assinale o que considerar mais correcto sabendo que 1 significa “Discordo totalmente”, 2 “Discordo” 3 “Concordo”, 4 “Concordo completamente”

Discordo totalmente	1
Discordo	2
Concordo	3
Concordo completamente	4

12. Essa situação deixa-o(a) preocupado(a)?

Nada preocupado	1
Um pouco preocupado	2
Preocupado	3
Muito preocupado	4

12.1. Porquê?

13. Considera que a existência de uma criança com hiperatividade na sala de Jardim de infância condiciona a aprendizagem e comportamentos das outras crianças?

Condiciona muito	1
Condiciona um pouco	2
Condiciona	3
Não condiciona nada	4

13.1 Porquê?

4. Imagine que na sala do(a) seu filho(a) existia uma criança com hiperatividade. Perante esta situação qual seria a sua atitude:

Pedia que o(a) seu (sua) filho(a) mudasse de sala	1
Pedia que a criança com hiperatividade mudasse de sala	2
Não tomava qualquer tipo de atitude	3
Tomaria outro tipo de atitude. Qual? _____	4

15. De uma maneira geral, considera que as crianças que sofrem de hiperatividade são devidamente acompanhadas pelos responsáveis de saúde, pelas instituições de educação?

Sim	1
Não	2

16. Na sua opinião, o que se poderia fazer de modo a promover um melhor enquadramento de crianças com diagnóstico de hiperatividade nos Jardins de Infância onde estão inseridas?

Seguidamente, ser-lhe-á apresentado um conjunto de afirmações. Considerando uma escala de 1 a 5, em que o 1 significa “Discordo totalmente” e 5 significa “Concordo totalmente” até que ponto concorda com cada uma das afirmações:

	“Discordo Totalmente”	Discordo” Parcialmente”	“Indiferente”	“Concordo” Parcialmente”	“Concordo Totalmente”
1) O contacto com alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção em salas de Jardim de Infância, não contribui para que os outros alunos assumam condutas inadequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) O aluno com perturbação de hiperatividade e défice de atenção não pode enfrentar os desafios que se colocam na sala em igualdade de situações como a criança sem problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) É difícil manter a ordem numa sala de Jardim de Infância, na qual estão incluídos alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Devido à falta de autocontrolo dos alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, não é benéfico para eles serem incluídos em turmas de ensino regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Normalmente os alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção comportam-se adequadamente na sala de Jardim de Infância de ensino regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) A eficácia pedagógica dos educadores, nas salas com alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção de fica reduzida, visto que têm de atender alunos com diferentes níveis de capacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Os educadores de educação especial deveriam apoiar os seus colegaseducadores e não directamente os alunos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Os alunos com NEE’s não obteriam mais proveito se fossem educados em instituições de ensino especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) A inclusão de crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção ensino regular obriga a alteração das actividades normais da aula	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10) A educação dos alunos com NEE's numa turma de ensino regular, atenua as diferenças entre eles e os seus companheiros ditos "normais"	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11) Todos os alunos, quaisquer que sejam as suas necessidades educativas, têm o direito a estarem numa sala de Jardim de Infância do ensino regular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12) Os alunos ditos "normais" que interagem com os alunos com NEE's, têm menos possibilidades de se desenvolverem	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
13) A inclusão escolar de alunos com NEE's é uma moda, deixará de se praticar quando se provar que não é rentável a longo prazo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14) A presença de um aluno com perturbação de hiperatividade e défice de atenção numa sala de Jardim de Infância de ensino regular, não interfere com o desenvolvimento dos seus colegas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15) A educação dos alunos com NEE's em instituições de ensino especial, fá-los adquirir uma visão distorcida da realidade, acentuando a sua deficiência	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16) Os alunos com NEE's têm ciclos de atenção mais curtos que os outros, pelo que não podem beneficiar das actividades desen-volvidas em turmas de ensino regular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
17) A atenção que requerem os alunos com NEE's não prejudica o sucesso dos outros alunos da turma	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
18) Os que estão a favor da inclusão dos alunos com NEE's no ensino regular, na realidade, estão pouco interessados em melhorar a qualidade do ensino	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
19) Se as comunidades educativas fossem responsabilizadas pela concepção/execução dos programas educativos para crianças com NEE's, estas não apresentariam tantas dificuldades de integração e aprendizagem	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
20) A presença de um aluno com NEE's numa turma de ensino regu-lar, proporciona novas situações de aprendizagem para outros alunos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
21) Atender alunos com NEE's em turmas de ensino regular, não é benéfico, nem para o aluno com NEE's nem para o aluno dito "normal"	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
22) Incluir na turma regular alunos com NEE's ocasiona mais benefí-cios que problemas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
23) As aprendizagens académicas dos alunos com NEE's, fazem-se mais lentamente devido às dificuldades que enfrentam numa turma de ensino regular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
24) Sem uma formação especializada, dificilmente o professor do ensino regular poderá dar uma resposta adequada aos alunos com NEE's	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

	1	2	3	4	5
25) Sem os recursos didáticos necessários, a ajuda do professor de apoio é quase inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Nas classes regulares os alunos com NEE's podem acelerar o seu ritmo de aprendizagem, pois tomam como estímulo e modelo os alunos ditos "normais"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) A heterogeneidade das turmas não é factor de insucesso escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Já leu algum livro / documentário/ artigo sobre hiperatividade?

Sim	1
Não	2

Muito obrigada pela colaboração!

Anexo II

Questionário

A7 Algum dos seus filhos tem ou teve necessidades educativas especiais?

Sim	<input type="checkbox"/>	(1)
Não	<input type="checkbox"/>	(2) --> Passar para B1

A7.1 Se sim, gostaria que indicasse o quê.

Relativamente à Hiperatividade

B1 Já leu algum livro / documentário/ artigo sobre hiperatividade?

Sim	1
Não	2

B2 – Hiperatividade

Considerando uma escala de 1 a 5, em que o 1 significa “Discordo totalmente” e 5 significa “Concordo totalmente”, como classifica os seguintes comportamentos como características associadas à Hiperatividade de uma criança?

a) Distracção / Desatenção	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
b) Ansiedade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
c) Depressão	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
d) Impulsividade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
e) Agressividade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
f) Agitação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g) Comportamento desafiante	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
h) Impaciência	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

B3 Já alguma vez viveu, direta ou indiretamente, com uma situação em que uma criança apresentasse um perfil de hiperatividade?

Sim, com um familiar	1	Passar C2
Sim, com uma pessoa amiga	2	Passar C1
Não	3	Passar C4

C1 E acompanhou esta situação de um modo activo, isto é, conviveu de perto com a situação?

Sim	1	Passar C3
Não	2	Passar C4

C2 Qual é a relação de parentesco com esse seu familiar? (Se mais do que uma experiência, considerar a última)

Filho(a)	1
Sobrinho(a)	2
Outro	3

C3 Há quanto tempo teve esta experiência? (Se mais do que uma experiência, considerar a última)

Actualmente	1
Há menos de 1 ano	2
Entre 1 -3 anos	3
Mais de 3 anos	4

C3.1 Qual ou quais o(s) tipo de apoio que tem ou teve a criança em questão?

Escola	1
Família	2
Psicólogo(a)	3
Médico	4
Outro esp. _____	

C3.2 Globalmente, qual é o seu grau de satisfação em relação à forma como decorre / ou decorreu todo o processo; apoios da escola, da acção social, psicóloga, médico, etc. Utilize-se por favor a escala de 1 a 5, em que 1 significa “Nada satisfeito” e 5 “Muito satisfeito”.

Escola	
Família	
Psicólogo	
Médico	
Outro esp. _____	

C4 De uma maneira geral, considera que actualmente as crianças que sofrem de hiperatividade e défice de atenção são devidamente acompanhadas pelos responsáveis de saúde?

Sim	1
Não	2

C5 E relativamente ao estabelecimento de ensino, considera que as crianças são devidamente acompanhadas?

Sim	1
Não	2

C6 Na sua opinião, o que se poderia fazer de modo a promover um melhor enquadramento de crianças com diagnóstico de hiperatividade no jardim-de-infância onde estão inseridas? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante, sendo que 1 é a menos importante e 5 a mais importante.

Medicação	
Maior colaboração pais-escola	
Terapia Familiar	
Técnicas comportamentais cognitivas em contexto clinico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	

D1 Seguidamente, ser-lhe-á apresentado um conjunto de afirmações. Considerando uma escala de 1 a 5, em que o 1 significa “Discordo totalmente” e 5 significa “Concordo totalmente” até que ponto concorda com cada uma delas:

	“Discordo totalmente”	“Discordo”	“Nem concordo Nem discordo”	“Concordo”	“Concordo totalmente”
1) O contacto das crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção em salas de jardim-de-infância, não contribui para que as outras assumam condutas inadequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) A criança com perturbação de hiperatividade e défice de atenção não pode enfrentar os desafios que se colocam na sala em igualdade de situações como a criança sem problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) A eficácia pedagógica dos educadores, nas salas com crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção fica reduzida, atendendo ao facto de terem de crianças com diferentes níveis de capacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Os educadores de educação especial deveriam apoiar os seus colegas educadores e não diretamente as crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) A inclusão de crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção no ensino regular obriga a alteração das actividades normais da aula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) A educação das crianças com necessidades educativas especiais numa turma de ensino regular, atenua as diferenças entre elas e os seus companheiros ditos “normais”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Todas as crianças, quaisquer que sejam as suas necessidades educativas, têm o direito a estarem numa sala de jardim de infância do ensino regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) As crianças ditas “normais” que interagem com crianças com hiperatividade e défice de atenção têm menos possibilidades de se desenvolverem cognitivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) A inclusão escolar de crianças com hiperatividade e défice de atenção é uma moda, deixará de se praticar quando se provar que não é rentável a longo prazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) A presença de uma criança com perturbação de hiperatividade e défice de atenção numa sala de jardim de infância de ensino regular, não interfere com o desenvolvimento dos seus colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) As crianças com hiperatividade e défice de atenção têm ciclos de atenção mais curtos que os outros, pelo que não podem beneficiar das actividades desenvolvidas em turmas de ensino regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) A atenção que requerem as crianças com hiperatividade e défice de atenção não prejudica o sucesso dos outros alunos da turma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Os que estão a favor da inclusão de crianças com hiperatividade e défice de atenção no ensino regular, na realidade, estão pouco interessados em melhorar a qualidade do ensino	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14) Se as comunidades educativas fossem responsabilizadas pela concepção/execução dos programas educativos para crianças com hiperatividade e défice de atenção, estas não apresentariam tantas dificuldades de integração e aprendizagem	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15) A presença de uma criança com hiperatividade e défice de atenção numa turma de ensino regular, proporciona novas situações de aprendizagem para outros alunos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16) Ter crianças com hiperatividade e défice de atenção em turmas de ensino regular, não é benéfico, nem para elas nem para as outras ditas “normais”	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
17) Incluir na turma regular crianças com hiperatividade e défice de atenção ocasiona mais benefícios que problemas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
18) A aprendizagem das crianças com hiperatividade e défice de atenção, faz-se mais lentamente devido às dificuldades que enfrentam numa turma de ensino regular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
19) Sem uma formação especializada, dificilmente o educador do ensino regular poderá dar uma resposta adequada às crianças com hiperatividade e défice de atenção	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
20) Sem os recursos didáticos necessários, a ajuda do professor de apoio é quase inútil	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
21) Nas classes regulares as crianças com hiperatividade e défice de atenção podem acelerar o seu ritmo de aprendizagem, pois tomam como estímulo e modelo os alunos ditas “normais”	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
22) A heterogeneidade das turmas não é factor de insucesso escolar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

C12 Assinalar a escola respetiva:

Escola: IPSS	1
Escola: Pública	2
Escola: Privada	3

Uma vez mais, **muito obrigado pela sua colaboração.**

Anexo III

Carta às escolas

Alenquer, 22 de Junho de 2012

Exma. Senhora Diretora

Do Agrupamento de Escolas Damião de Goes

Sou Cláudia Carvalho, educadora de infância no Centro Infantil e Juvenil da Santa Casa da Misericórdia de Alenquer, e estou a realizar o mestrado em Necessidades Educativas Especiais, pela Universidade Fernando Pessoa. Terminada a fase curricular, estou neste momento a realizar a tese, cujo tema é "as atitudes dos pais perante a inclusão de uma criança com PHDA, numa sala de jardim de infância".

O objetivo deste estudo, não é tanto conhecer as atitudes dos pais das crianças com problemas, mas perceber essencialmente o que pensam e quais as atitudes dos pais das outras crianças, as ditas "normais".

Considero um estudo bastante interessante até porque sobre os outros pais quase não existem estudos, e confesso, que encontramos alguns que não estão propriamente muito disponíveis para uma escola inclusiva e isso reflete-se concerteza nos filhos.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para aplicar questionários aos pais das crianças de jardim-de-infância do vosso agrupamento, nomeadamente no jardim de infância de Paredes.

Em anexo envio o questionário para que possa ter conhecimento do seu conteúdo de forma a dar o seu parecer. Informo ainda que se essa autorização for concedida tirarei as cópias necessárias para o número de crianças.

Estou disponível para qualquer esclarecimento quer por via e-mail, claudiatplcarvalho@hotmail.com, quer pelo telefone 962322835.

Certa de que esta solicitação irá merecer a vossa melhor atenção, subscrevo-me com a melhor consideração.

Com os melhores cumprimentos

Cláudia Carvalho

Alenquer, 22 de Junho de 2012

Exm. Senhor Diretor

Do Centro Infantil e Juvenil da Santa Casa da Misericórdia de Alenquer

Sou Cláudia Carvalho, educadora de infância no Centro Infantil e Juvenil da Santa Casa da Misericórdia de Alenquer, e estou a realizar o mestrado em Necessidades Educativas Especiais, pela Universidade Fernando Pessoa.

Terminada a fase curricular, estou neste momento a realizar a tese, cujo tema é "as atitudes dos pais perante a inclusão de uma criança com PHDA (perturbação de hiperatividade e défice de atenção) numa sala de jardim-de-infância".

O objetivo deste estudo, não é tanto conhecer as atitudes dos pais das crianças com problemas, mas perceber essencialmente o que pensam e quais as atitudes dos pais das outras crianças, as ditas "normais".

Considero um estudo bastante interessante até porque sobre os outros pais quase não existem estudos, e confesso, que encontramos alguns que não estão propriamente muito disponíveis para uma escola inclusiva e isso reflete-se concerteza nos filhos.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para aplicar questionários aos encarregados de educação das crianças de pré - escolar do vosso Centro Infantil.

Em anexo envio o questionário para que possa ter conhecimento do seu conteúdo de forma a dar o seu parecer. Informo ainda que se essa autorização for concedida tirarei as cópias necessárias para o número de crianças.

Estou disponível para qualquer esclarecimento quer por via e-mail, claudiatplcarvalho@hotmail.com quer pelo telefone 962322835.

Certa de que esta solicitação irá merecer a vossa melhor atenção, subscrevo-me com a melhor consideração.

Com os melhores cumprimentos

Cláudia Carvalho

Alenquer, 22 de Junho de 2012

Exma. Senhora Diretora
Dos Cartaxinhos

Sou Cláudia Carvalho, educadora de infância no Centro Infantil e Juvenil da Santa Casa da Misericórdia de Alenquer, e estou a realizar o mestrado em Necessidades Educativas Especiais, pela Universidade Fernando Pessoa. Terminada a fase curricular, estou neste momento a realizar a tese, cujo tema é "as atitudes dos pais perante a inclusão de uma criança com PHDA (perturbação de hiperatividade e défice de atenção), numa sala de jardim-de-infância". O objetivo deste estudo, não é tanto conhecer as atitudes dos pais das crianças com problemas, mas perceber essencialmente o que pensam e quais as atitudes dos pais das outras crianças, as ditas "normais". Considero um estudo bastante interessante até porque sobre os outros pais quase não existem estudos, e confesso, que encontramos alguns que não estão propriamente muito disponíveis para uma escola inclusiva e isso reflete-se concerteza nos filhos. Neste sentido, venho por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para aplicar questionários aos pais das crianças de pré – escolar do vosso jardim-de-infância. Em anexo envio o questionário para que possa ter conhecimento do seu conteúdo de forma a dar o seu parecer. Informo ainda que se essa autorização for concedida tirarei as cópias necessárias para o número de crianças. Estou disponível para qualquer esclarecimento quer por via e-mail, claudiatplcarvalho@hotmail.com quer pelo telefone 962322835. Certa de que esta solicitação irá merecer a vossa melhor atenção, subscrevo-me com a melhor consideração.

Com os melhores cumprimentos

Cláudia Carvalho

Anexo IV

Figuras

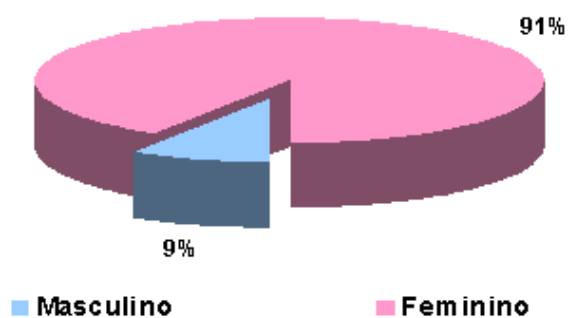


Figura 1 – Caraterização da população quanto ao género

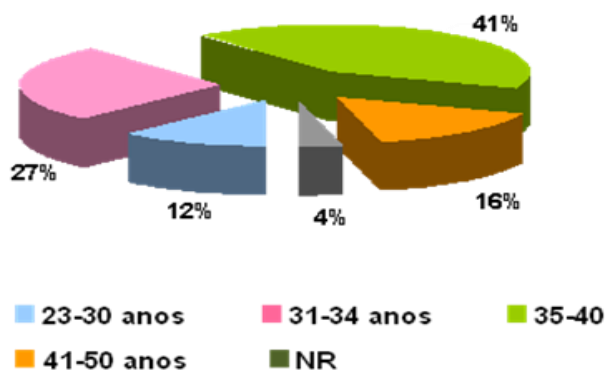


Figura.2– Caraterização da população quanto à idade

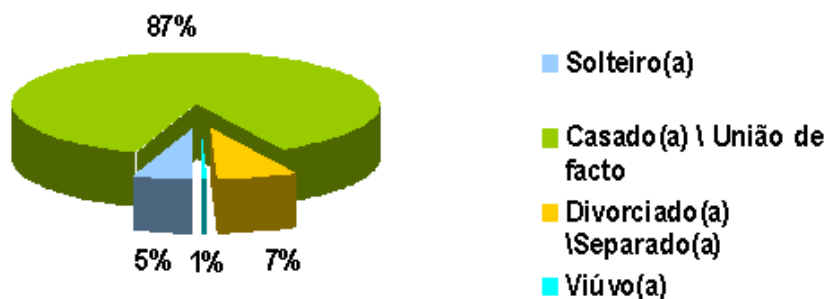
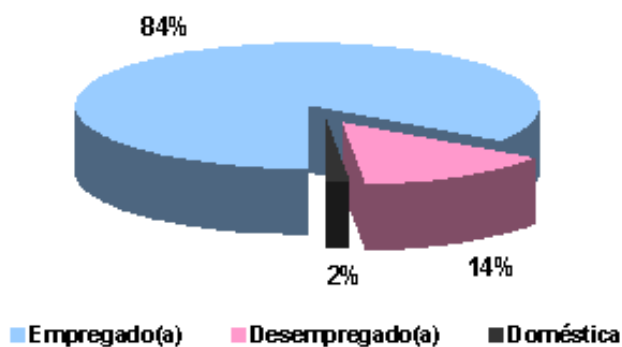
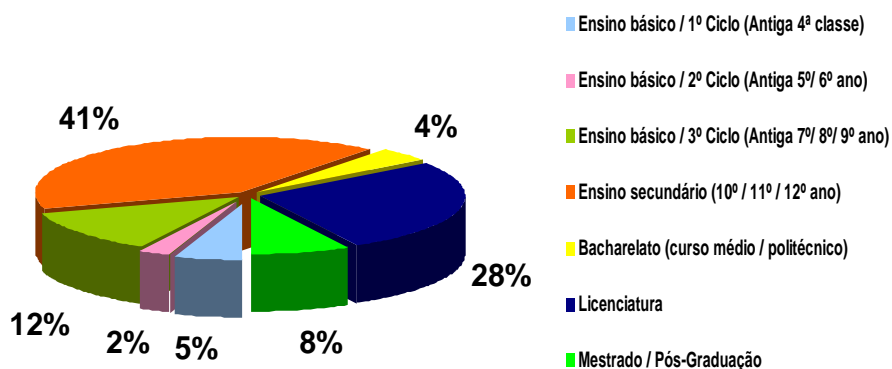


Figura.3 – Caraterização da população quanto ao estado civil

Situação Profissional



Nível de Escolaridade



Número de filhos

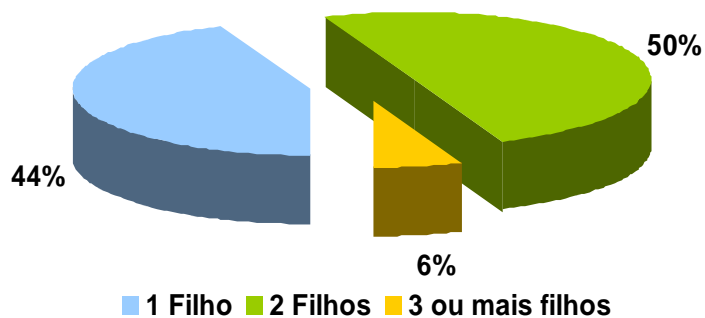


Figura. 4 – Caracterização da população quanto à situação profissional, nível de escolaridade e número de filhos

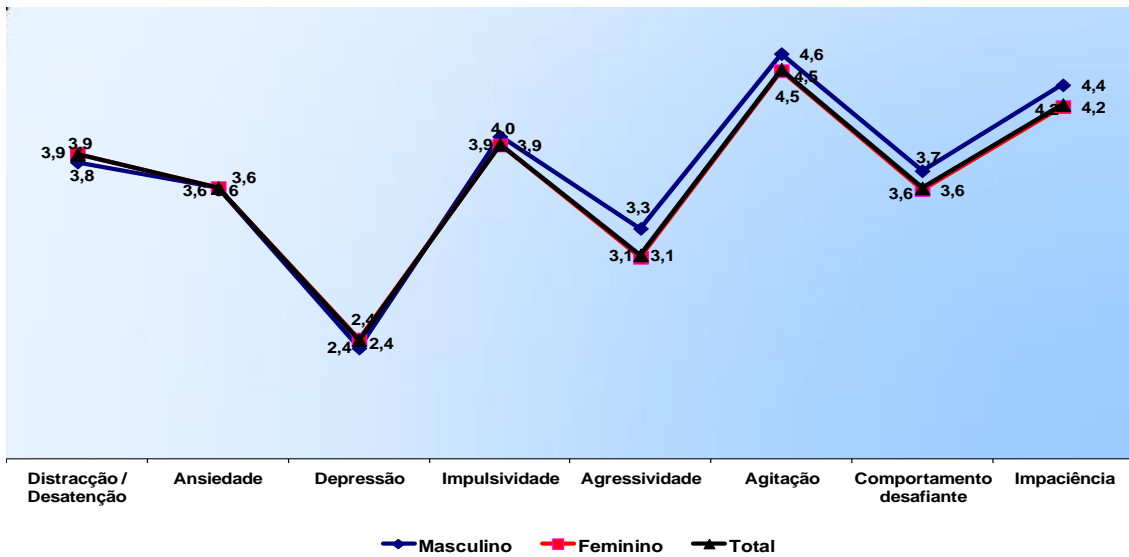


Figura 5 – Características da hiperatividade cruzada com a variável género

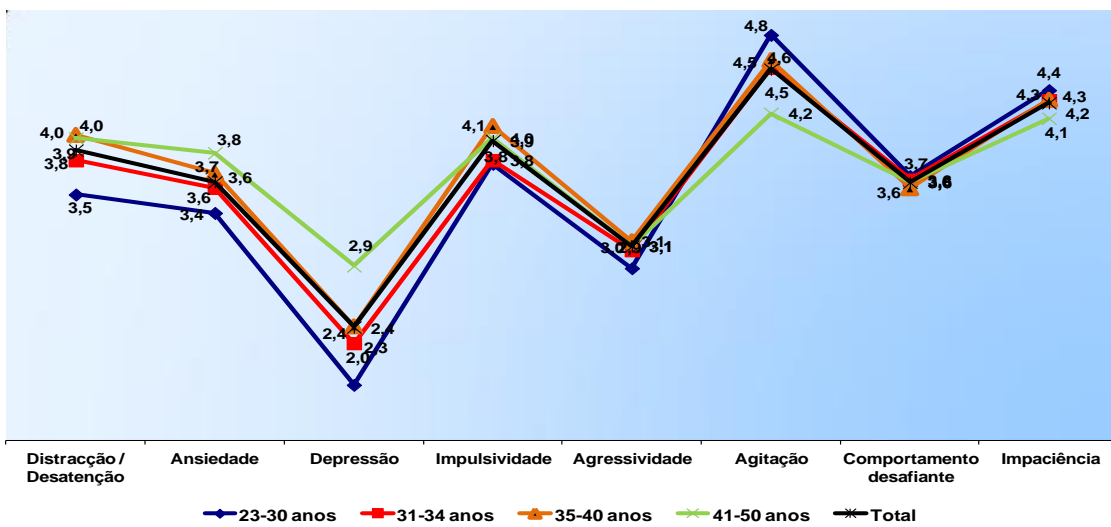


Figura 6 – Características da hiperatividade cruzadas com a variável idade.

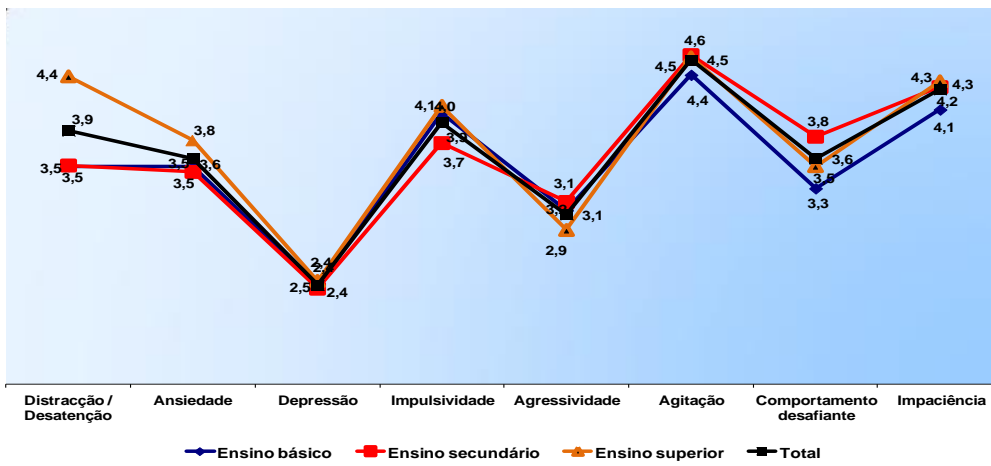


Fig. 7 – Análise comparativa de comportamentos cruzada com a variável nível de escolaridade.

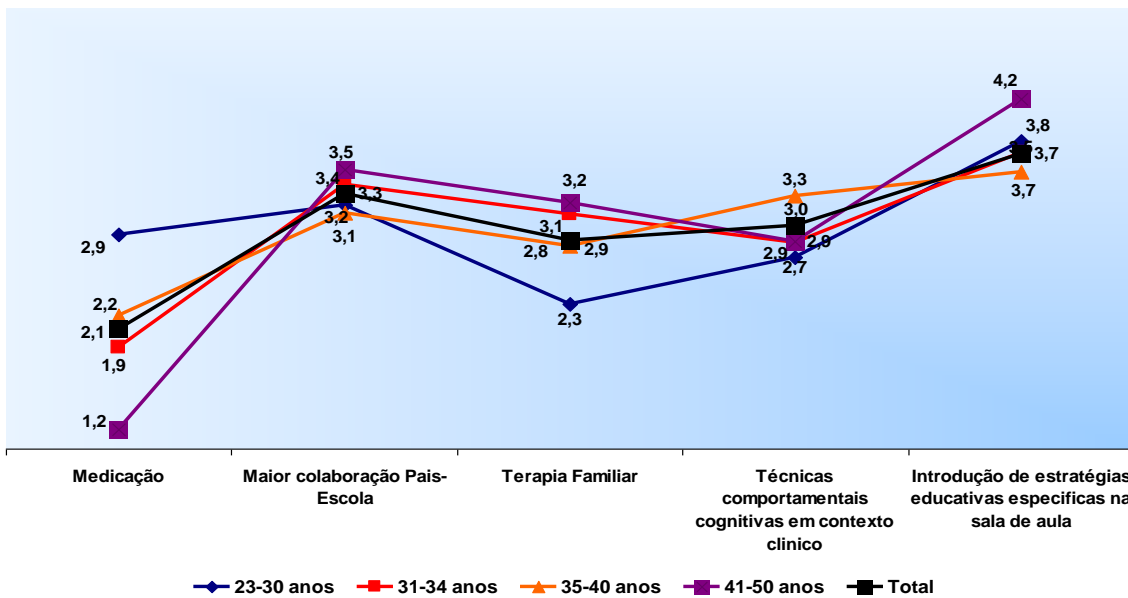


Figura 8 – Como promover um melhor enquadramento de uma criança com phda no jardim-de-infância, cruzado com a variável idade dos encarregados de educação.

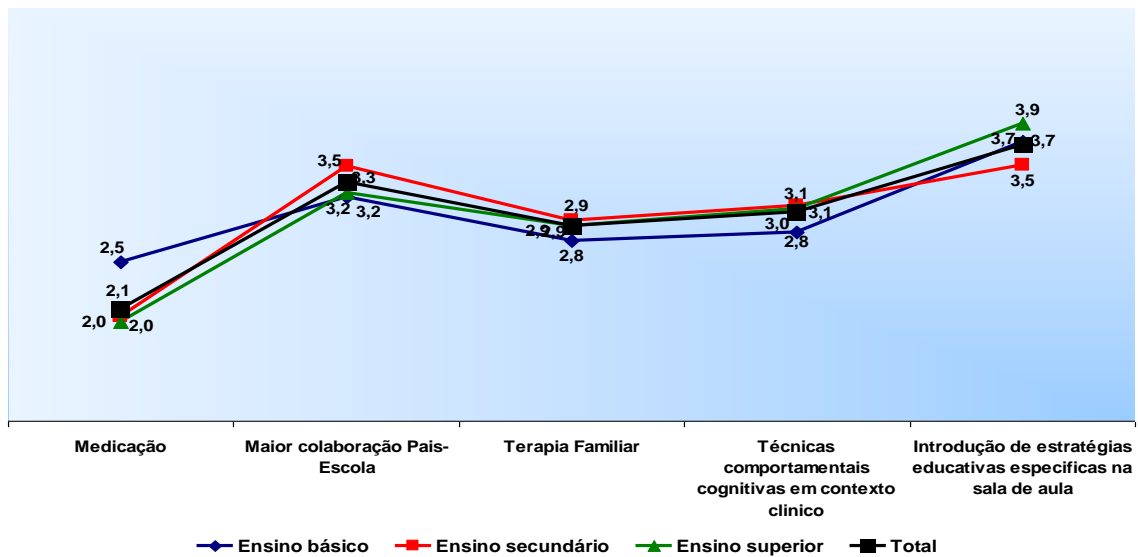


Figura 9 – Como promover um melhor enquadramento de uma criança com phda no jardim-de-infância, cruzado com a variável nível de escolaridade.

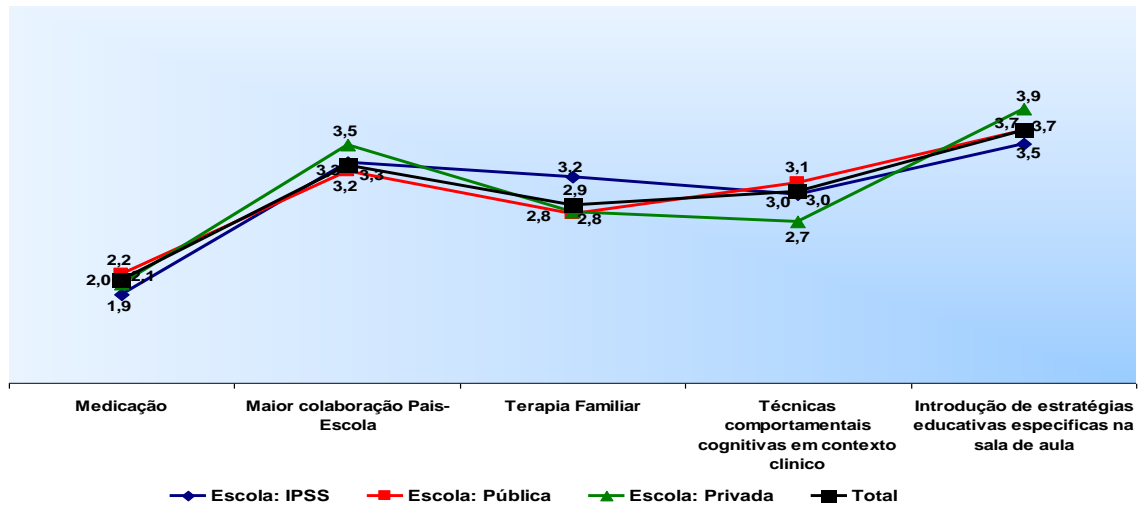


Figura 10 – Como promover um melhor enquadramento de uma criança com phda no jardim-de-infância, cruzado com a variável tipologia de escola.

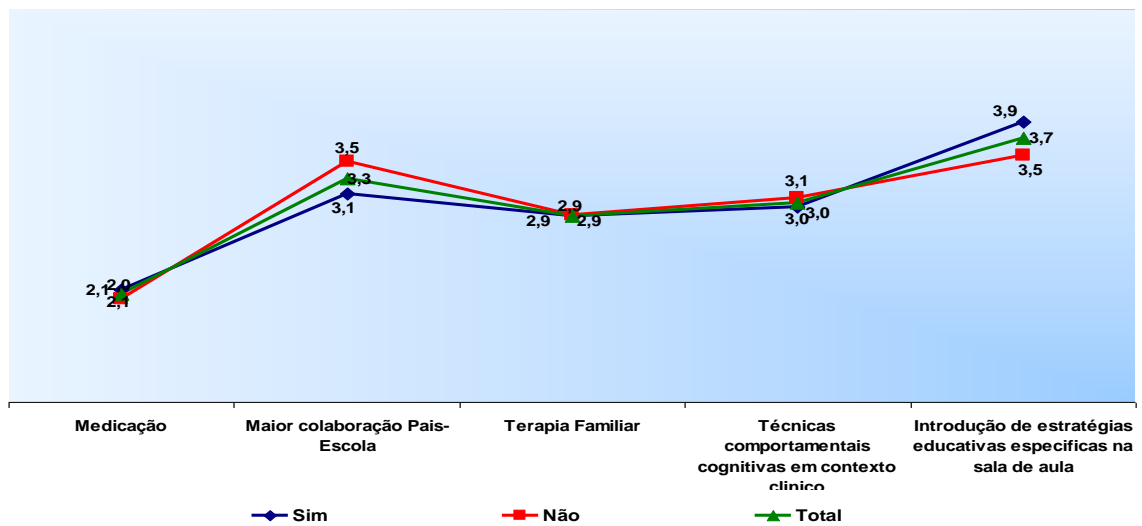


Figura 11 - Como promover um melhor enquadramento de uma criança com phda no jardim-de-infância, cruzado com a variável existência ou não de informação sobre a temática.

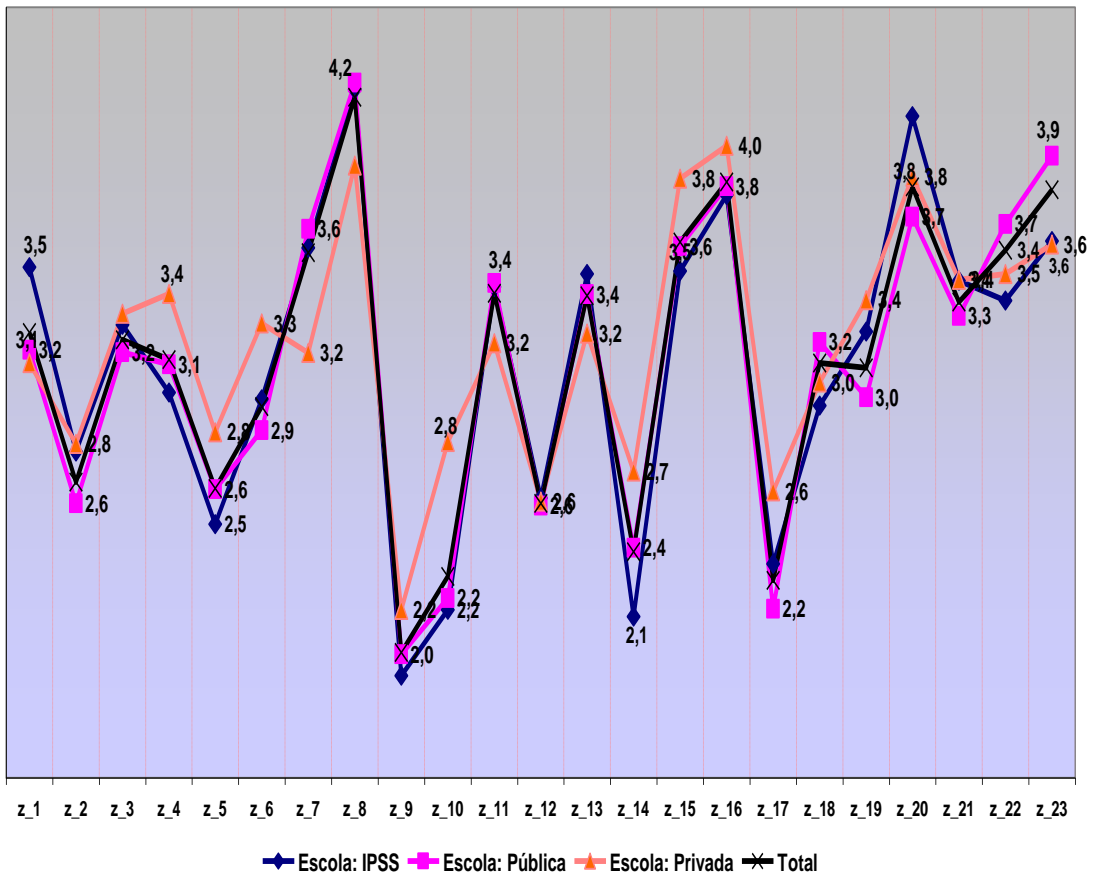


Figura 12 – análise comparativa das afirmações cruzada com a tipologia de escola

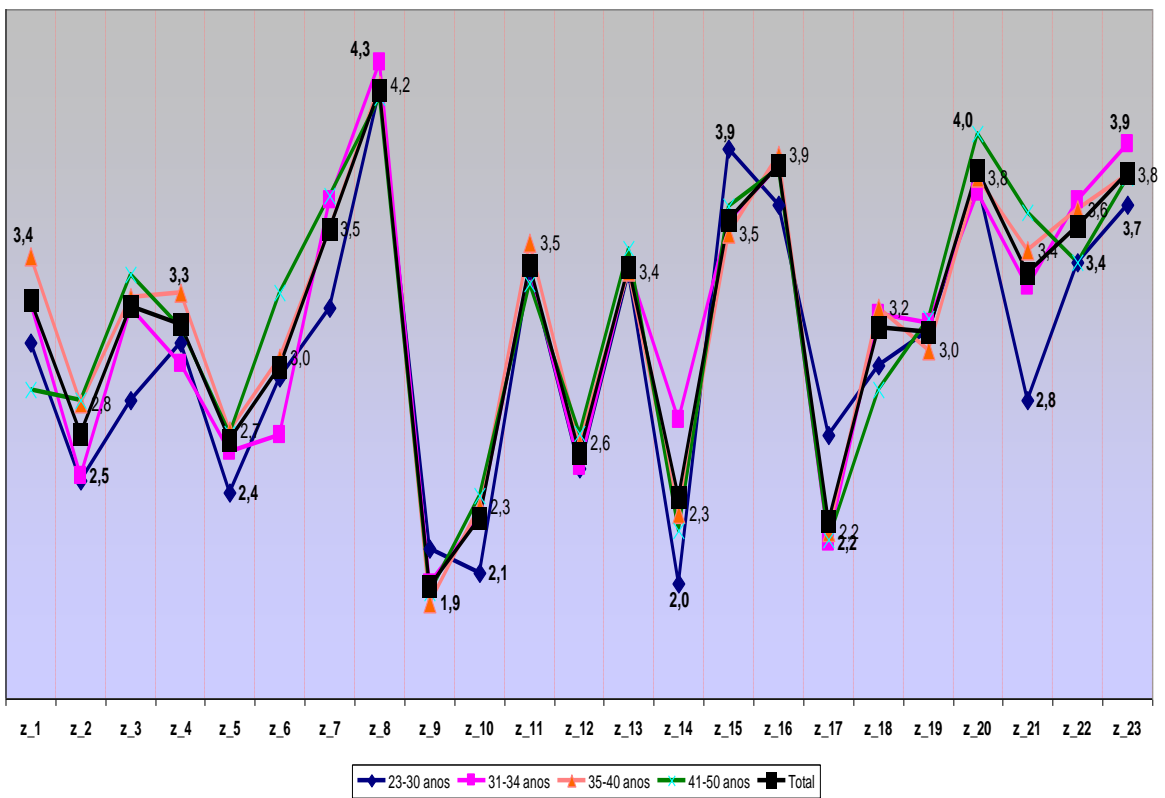


Figura 13 – Análise comparativa das afirmações cruzada com a variável idade dos respondentes