

ÍNDICE:

Introdução:	5
Parte I- Enquadramento Teórico:	7
1 Distúrbio de hiperactividade e défice de atenção	8
1.1 Conceito de DHDA:	8
1.1.1 Atenção:.....	9
1.1.2 Hiperactividade.....	10
1.1.3 Impulsividade.....	12
1.2 Etiologia:	14
1.3 Realização do diagnóstico:	16
1.3.1 Entrevista com a criança:.....	17
1.3.2 Entrevista com os pais:	18
1.3.3 Elaboração do diário de comportamento do aluno:.....	19
1.3.4 Preenchimento de questionários pelos pais e professores:	19
1.3.5 Entrevista com o professor:.....	20
1.3.6 Observação directa da criança:.....	21
1.4 Problemas Associados:	21
1.4.1 Problemas no rendimento escolar:	21
1.4.2 Problemas do comportamento:.....	22
1.4.3 Integração Social:.....	23
1.4.4 Imaturidade Afectiva:	23
1.4.5 Problemas Médicos:	24
1.5 Tratamento de DHDA:	25
1.5.1 Tratamento Farmacológico:	26
1.5.2 Técnicas cognitivo comportamentais:	27
1.6 Intervenção:	28
1.6.1 Estratégias para sala de aula:	28
2 Motivação:	30

2.1	Conceito de Motivação:	30
2.1.1	Tipos de Motivação:	31
2.1.2	Técnicas de motivação:.....	32
2.2	DHDA versus Motivação:.....	36
3	<i>Leitura e escrita:.....</i>	37
3.1	A Leitura:.....	37
3.1.1	O reconhecimento de palavras:.....	37
3.1.2	A compreensão:.....	38
3.2	A Escrita:	39
3.3	Fases de aquisição da leitura e da escrita:.....	40
3.4	Intervenção nos problemas de leitura e escrita:.....	41
	<i>Parte II- Metodologias.....</i>	43
1	<i>Procedimentos metodológicos:.....</i>	44
2	<i>Definição do objecto de estudo:.....</i>	45
3	<i>Caracterização da realidade pedagógica.....</i>	46
3.1	Caracterização do meio envolvente:.....	46
3.2	Caracterização da instituição Escolar:	48
3.3	Caracterização do aluno:.....	50
	<i>Parte III- Parte Prática.....</i>	52
1	<i>Inquérito realizado ao jovem</i>	53
2	<i>Escala de Avaliação ADHD Rating Scale – IV: Pais e Professores</i>	62
2.1	Análise dos dados preenchidos pelos pais:.....	62
2.2	Análise dos dados preenchidos pelos professores:.....	63
3	<i>Entrevista à professora de Português:.....</i>	64
4	<i>Considerações finais:</i>	66
5	<i>Bibliografia:</i>	69

<i>Anexos:.....</i>	<i>71</i>
<i>Anexo I: Escala de Avaliação: ADHD Rating Scale-IV</i>	<i>72</i>
<i>Anexo II: Projecto Educativo</i>	<i>73</i>
<i>Anexo III: Anamnese</i>	<i>74</i>
<i>Anexo IV: Relatório de avaliação Psicológica WISC</i>	<i>75</i>
<i>Anexo V: Relatório final de intervenção Psicológica</i>	<i>76</i>
<i>Anexo VI: Proposta de Intervenção Psicológica</i>	<i>77</i>
<i>Anexo VII: Recurso de Apoio Educativo</i>	<i>78</i>
<i>Anexo VIII: Registos de avaliação</i>	<i>79</i>
<i>Anexo IX: Inquérito realizado ao jovem / turma.....</i>	<i>80</i>
<i>Anexo X: Inquérito realizado à professora de Português</i>	<i>81</i>

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Gosto pela leitura	1
Gráfico 2: Justificações da não leitura	54
Gráfico 3: Livros que mais gostam de ler	55
Gráfico 4: Se existiram hábitos de leitura na infância	55
Gráfico 5: Quais os hábitos de leitura na infância	56
Gráfico 6: Se existe algum tema que motive a leitura	56
Gráfico 7: Os temas que mais lêem	57
Gráfico 8: O último livro que leram.....	58
Gráfico 9: A quantidade de livros que lê num ano	58
Gráfico 10: Motivação para a leitura	59
Gráfico 11: Qualidade da leitura.....	60
Gráfico 12: O à-vontade para ler.....	60
Gráfico 13: Justificação para não ler em público.....	61

Introdução:

Este trabalho tem como finalidade a avaliação da cadeira de Projecto de Investigação.

Consiste na realização de um projecto de investigação sob a orientação da Mestre Ana Maria Gomes no decorrer da Pós-Graduação em Educação Especial, no ano lectivo de 2008/2009.

O tema incide fundamentalmente no Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção (DHDA) e mais especificamente, **no contributo que a motivação pode ter no sucesso da leitura e da escrita em crianças com DHDA.**

Com este trabalho pretende-se investigar a relação que, por vezes, existe entre o fraco desempenho que as crianças com DHDA apresentam na leitura e na escrita e como a aplicação de estratégias motivadoras poderão ajudar a ultrapassar essa limitação.

Para conseguir perceber melhor as especificidades deste distúrbio, surgiu a necessidade de o definir segundo alguns autores, bem como perceber a sua etiologia.

É de extrema importância perceber como se poderá realizar o diagnóstico de uma criança com DHDA e quais são os principais problemas a ela associados.

Iremos também focar quais os tratamentos que se adaptam ao DHDA e quais as orientações a seguir no que diz respeito à intervenção a adoptar para minorar as dificuldades sentidas por estas crianças.

Depois de melhor compreendida esta patologia, a preocupação é tentar definir *motivação* e como esta pode influir positivamente as crianças com esta dificuldade específica, nomeadamente perceber quais os tipos e técnicas que podem ser utilizadas e a forma como a motivação e o DHDA se relacionam.

Em seguida tornar-se-á fundamental definir os processos de leitura e escrita, as fases de aquisição bem como, as técnicas para melhor intervir nos problemas de leitura e escrita.

Na segunda parte deste trabalho iremos definir sucintamente os procedimentos metodológicos, o objecto de estudo e também a realidade pedagógica.

Na terceira parte, que consistirá numa parte mais prática, serão apresentados os dados resultantes da realização de um inquérito ao jovem com ADHA e à turma onde se encontra, com questões direccionadas para a leitura e a escrita. Posteriormente, será apresentada a escala de avaliação *ADHD Rating Scale - IV* que vai ser preenchida pelos pais e pelos professores do aluno em estudo e que vai permitir identificar as características desta problemática. Por fim iremos entrevistar a professora de Português para percebermos melhor quais as reais dificuldades que o aluno apresenta na Língua Portuguesa, e perceber de que forma estas poderão influenciar o seu sucesso, ou insucesso escolar.

Parte I- Enquadramento Teórico:

1 DISTÚRPIO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

1.1 Conceito de DHDA:

Ao pesquisarmos sobre este distúrbio pudemos perceber que existem imensos autores e que cada qual emprega uma terminologia diferente para retratar esta patologia tão específica, gerando assim alguma confusão.

Apesar das inúmeras investigações, podem surgir diversos termos como Hiperquinésia, Disfunção Cerebral Mínima, Síndrome Hiperquinético, Problemas de Comportamento, Dificuldades de Aprendizagem, Problemas de Atenção com Hiperactividade e muitos mais.

No entanto, após uma vasta pesquisa concluímos que segundo o APA (American Psychiatric Association) (2002) o Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA) é um dos problemas de desenvolvimento da infância e da adolescência ao qual se têm debruçado diversos estudiosos, uma vez que este é o transtorno com maior impacto ao nível das salas de aula.

O DHDA é um distúrbio neurobiológico e segundo Parker (2003:8) caracteriza-se por um inadequado desenvolvimento das capacidades de atenção e, em alguns casos por impulsividade e/ou hiperactividade.

Durante muito tempo julgou-se a hiperactividade como a característica principal do DHDA, hoje em dia sabe-se que não é bem assim, existindo segundo o DSM-IV (2002), três tipos de DHDA:

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

Os dois últimos são os mais representativos.

Iremos de seguida focar os sintomas específicos deste transtorno.

1.1.1 Atenção:

A atenção consiste, provavelmente na característica mais importante da hiperactividade, visto que constitui um constructo multidimensional que se pode relacionar com problemas de alerta, activação, selectividade, manutenção da atenção, distractibilidade ou com o nível de apreensão.

As dificuldades de atenção nas crianças com DHDA apresentam-se nas mais diversas actividades, mesmo as lúdicas, onde as brincadeiras destas crianças são mais curtas e frequentemente mudam de brinquedos ou de actividade, mas tornam-se mais problemáticas quando realizam tarefas enfadonhas, repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção (Lopes, 2003:70).

Para que se possa falar de falta de atenção, segundo o DSM-IV, têm de existir pelo menos três dos sintomas seguintes:

- É frequente não acabar as coisas que começa;
- É frequente não escutar o que se diz;
- Distrai-se facilmente;
- Tem dificuldades em concentrar-se no trabalho escolar ou nas tarefas que exigem muita atenção.

“Parece que se esquece de todas as instruções que lhe dei” ou “Se lhe perguntar o que lhe pedi há poucos minutos, parece não fazer a mínima ideia” são algumas das inúmeras queixas que é frequente ouvirmos de pais e professores quando estão perante uma criança com DHDA, e embora se refiram a problemas de concentração e atenção, tudo leva a crer que esses comportamentos se devem a uma incontrolável dificuldade em gerir o tempo, essencial para ouvir instruções até ao fim ou para calcular o tempo necessário para a realização de uma tarefa, e não tanto à sua capacidade de ouvir ou processar informação.

Nesse sentido e pelo que podemos observar do jovem em estudo, é bem visível a dificuldade em concentrar-se, tanto nas aulas, onde parece estar muito sossegado e atento, mas na realidade está como se costuma dizer “no mundo da lua”, como em casa, porque não consegue gerir o tempo para acabar as mil e uma tarefas que começa e não termina. Muitas vezes diz “o dia é muito pequeno para mim, não chega para nada”.

Alguns estudos referem que embora as crianças hiperactivas se distraem tanto quanto as crianças normais, são muito mais lentas a retomar a tarefa que estariam a realizar no momento que foram interrompidas por um outro estímulo. Sendo assim, parece mais adequado falar de dificuldades de inibição de uma resposta inadequada do que num problema específico de atenção.

As crianças com DHDA, em vez de darem continuidade à tarefa que estavam a realizar, apresentam uma elevada probabilidade de saltar de um estímulo para outro, acabando por se esquecer do que estavam a fazer inicialmente.

Durante muito tempo os especialistas pensaram que as crianças hiperactivas não eram desatentas mas sim facilmente influenciáveis pelos estímulos exteriores. Recomendava-se que, tanto os pais como educadores, retirassem todos os estímulos que poderiam desviar a atenção da criança das tarefas a serem realizadas, no entanto, os resultados foram decepcionantes, pois o facto de tornar o ambiente destas crianças enfadonho só vinha agravar a situação.

O defeito não estaria no ambiente mas sim nas actividades, pois deveriam ser aliciantes, agradáveis e desafiadoras.

“Por exemplo, se os exercícios de matemática forem efectuados num computador em vez de numa folha de papel, serão muito mais interessantes e a atenção da criança será maior” (Falardeau, 1999:22).

1.1.2 Hiperactividade

A hiperactividade, até ao início dos anos 80, era considerada não como um sintoma mas sim como o ponto fulcral desta problemática.

As crianças com DHDA apresentam uma actividade superior à média, quer ao nível motor, quer ao nível vocal.

Ao nível motor, é comum estas crianças mexerem excessivamente as mãos e as pernas, apresentarem uma dificuldade em estarem quietas ou simplesmente descansarem e sobretudo exibirem estes movimentos em momentos inadequados.

Por isso os pais costumam descrevê-las como “faladoras”, “parecem ter bichos-carpinteiros” e os professores referenciam-nas como “estão constantemente fora do lugar sem autorização”, “respondem fora da vez”, “fazem barulhos inapropriados”, etc.

Nota-se que, embora a agitação varie muito de uma criança para outra, elas são mais activas que as outras crianças em todas as suas actividades e, na maior parte

dos casos, mesmo durante o sono. Mas o que realmente as distingue é a incapacidade de controlar o seu grau de actividade, e mesmo quando têm consciência disso, continuam incapazes de reprimir essa necessidade de movimento permanente.

Para a maioria das crianças, após o recreio, são só necessários alguns minutos para se acalmarem e voltarem a um grau de actividade física compatível com o trabalho escolar, ao passo que as crianças hiperactivas necessitarão de muito mais tempo para reduzir esse nível de actividade e apesar dos avisos do professor não conseguirão fazê-lo.

A agitação destas crianças é quase sempre gratuita, trata-se de movimentos sem relação com o trabalho, sendo que esse dispêndio de energia não é dirigido para o cumprimento de uma tarefa.

Para uma criança hiperactiva, a necessidade de se mexer é incontrolável.

Como na escola, estas crianças deverão estar sentadas na sua carteira durante um longo período de tempo, elas utilizam todos os pretextos para se mexer. Por vezes esses pretextos não são aceites, então constantemente a pensar em novas formas aceitáveis para se poderem movimentar, tais como, partir constantemente o bico do lápis para o ir afiar, quando este comportamento já não for aceite, rasga-se folhas do caderno para ir deitar ao caixote do lixo, e assim sucessivamente.

No jovem em questão existe uma particularidade, ou seja, tem a capacidade de perceber, através de experiências anteriores, que se não tiver um padrão de comportamento dito normal, será chamado à atenção, o que para ele é uma humilhação muito grande, ou em último caso penalizado, logo admite na sala de aula um comportamento aparentemente normal, estando constantemente sob pressão.

Uma vez fora da sala de aula, extravasa o comportamento dele ao limite, agindo como se estivesse em “liberdade” depois de algum tempo na “prisão”, o que torna muito complicado o papel da família, dado que não consegue mais tarde fazer com que se acalme e reduza os níveis de actividade.

Para melhor caracterizar e perceber este caso, aplicaremos a **ADHD Rating Scale - IV** para pais e professores. Esta destina-se a identificar problemas de comportamento, em especial problemas de hiperactividade, em crianças e adolescentes. Assim sendo, na segunda parte deste trabalho, faremos a análise da referida aplicação.

Para que se possa falar de hiperactividade numa criança, segundo o DSM-IV-TR (2002), têm de se verificar, pelo menos, dois dos seguintes sintomas:

- Corre agitado de um lado para o outro, sobe aos móveis...;
- Tem muita dificuldade em estar quieto num lugar e mexe-se excessivamente;
- Custa-lhe estar sentado;
- Mexe-se muito enquanto dorme;
- Está sempre em acção ou actua como se fosse movido por um motor;

1.1.3 Impulsividade

Segundo Lopes (2003:81) a impulsividade pode ser definida como um fracasso na inibição de comportamentos.

Investigadores do desenvolvimento infantil consideram que a impulsividade constitui uma das características psicológicas mais relevantes do período pré-escolar, sendo posteriormente substituída por um maior controlo dos impulsos e por uma maior capacidade de reflexão sobre as situações.

Quando tal não acontece podemos dizer que eventualmente estamos perante uma problemática de comportamento.

De uma forma geral, as crianças impulsivas são referenciadas como menos pró-sociais, menos socializadas, menos competentes a lidar com os impulsos agressivos, menos capazes de inibir os impulsos motores, de adiar a gratificação e de resistir à tentação.

Tipicamente, estas crianças respondem rápida e precipitadamente às questões que lhe são colocadas, têm dificuldades em seguir instruções e não esperam pela sua vez em filas e jogos.

Existe também uma maior predisposição para que estas crianças sofram acidentes, uma vez que se envolvem em actividades perigosas sem ter em consideração o perigo.

Têm grandes dificuldades em suportar a frustração pelo que evitam as tarefas que só oferecem recompensa a médio ou longo prazo, como tal preferem tarefas que tenham recompensa imediata (ainda que mais pequena) e que impliquem menos trabalho.

A incapacidade de inibição de comportamentos leva-as também a emitir frases desadequadas socialmente ou a interromper sistematicamente o discurso dos pares. Como resultado destes comportamentos estas crianças são facilmente rotuladas de “mal-educadas”, “irresponsáveis”, “imaturas”, “preguiçosas”, etc. Poucos se apercebem que como tal são as mais criticadas, castigadas e ostracizadas pelos adultos e pelos pares, o que implica um grande sofrimento pessoal.

A impulsividade é de extrema importância no DHDA e revela-se, como já foi referido anteriormente, pela impaciência, dificuldade em esperar pela vez, interromper os outros, dificuldade em seguir instruções, fazer comentários inoportunos, partir objectos sem querer ou mexer nos pertences dos outros.

Para que se possa falar de impulsividade, segundo o DSM-IV, têm de estar presentes pelo menos três dos seguintes sintomas:

- Age antes de pensar;
- Muda constantemente de actividade;
- Tem dificuldade para se organizar no trabalho (sem que exista algum défice cognitivo);
- Necessita de constante supervisão;
- Nos jogos ou outras situações de grupo, é-lhe difícil esperar pela sua vez.

No jovem em estudo estão claramente presentes todas estas características, sendo a mais visível a dificuldade que tem em organizar o seu trabalho, sem que aja uma supervisão constante da mãe ou outro familiar.

A nível de interacção com o grupo de sala de aula, a relação com o jovem é um pouco escassa, dado que o jovem ao passar para o 7º ano mudou de turma, logo todos os amigos são novos, e tendo o jovem em questão muita dificuldade em socializar-se com os pares permanece quase isolado do resto do grupo.

Além dos sintomas específicos de cada subtipo, que foram referidos anteriormente, segundo o DSM-IV, a criança para ser referenciada terá de manifestá-los **antes dos 7 anos** de idade, devem **estar presentes** em pelo menos **duas situações** (casa, escola), devem **interferir no funcionamento social, académico ou ocupacional** e os sintomas **não devem resultar** de uma outra **desordem de foro psiquiátrico**.

1.2 Etiologia:

As causas da DHDA são ainda hoje largamente desconhecidas.

Embora tenham existido inúmeros estudos nos últimos 20 anos e se tenham feito progressos significativos, no que diz respeito a métodos e técnicas de estudo de desenvolvimento de lesões cerebrais, estamos ainda longe de conhecer os mecanismos que desencadeiam os comportamentos, cognições e afectos dos sujeitos hiperactivos.

Por outro lado é inconcebível encontrar um factor que dê por si só origem à hiperactividade. Quanto muito, na melhor das hipóteses conseguimos prever um conjunto de factores suficientes para configurar uma etiologia do DHDA.

É hoje aceite pela comunidade científica que as causas do DHDA são muito mais prováveis de serem endógenas do que exógenas, ou seja, têm mais a ver com os factores internos do que com os factores externos.

Segundo Barkley (2002 cit. por Lopes, 2003: 133) o DHDA parece depender muito mais de anormalidades de desenvolvimento do cérebro, decorrentes de factores hereditários, do que de factores ambientais. Estes poderão desempenhar um papel moderador dos sintomas, mas não estarão na sua origem.

Existem inúmeros estudos científicos que mostram que as crianças com DHDA têm alterações na região frontal e nas suas conexões com o resto do cérebro.

A região frontal é uma das mais desenvolvidas no ser humano e é responsável pela inibição do comportamento (controlar e inibir os comportamentos inadequados), pela capacidade de prestar atenção, memória, autocontrole, organização e planeamento.

A principal alteração nesta região cerebral é o funcionamento de um sistema de substâncias químicas chamadas neuro – transmissores (principalmente *dopamina* e *noradrenalina*) que passam a informação entre as células nervosas (neurónios).

As causas que estão relacionadas com estas alterações nos neuro – transmissores e com o aparecimento do DHDA são ainda hoje desconhecidas. Apesar das diversas investigações realizadas, os resultados das mesmas são ainda inconclusivos, sendo assim, não podemos falar de causas mas sim de factores de risco.

- **Factores Ambientais:**

Quando falamos de factores ambientais dá-se especial importância a dois deles, tais como, ao consumo de substâncias no decurso da gravidez e à exposição de chumbo.

No que diz respeito ao consumo de substâncias, vários estudos indicaram que o consumo de álcool e tabaco durante a gravidez aumentam o risco de nascimento de crianças hiperactivas.

A exposição ao chumbo em crianças pequenas, se ocorrer entre os 12 e os 36 meses, aumenta o risco de aparecimento de sintomas de hiperactividade, no entanto estes casos são raros.

No caso do jovem em estudo, a mãe refere que não consumiu álcool nem tabaco e que ela saiba, também não esteve exposta a chumbo.

- **Hereditariedade:**

A relação entre as características do DHDA e a hereditariedade é muito importante.

A transmissão é feita pelos genes e, como tal os pais não têm qualquer responsabilidade. Sendo assim, os descendentes de uma pessoa hiperactiva estão mais expostos que os outros a este problema.

As estatísticas mostram que 35% dos pais e 17% as mães de crianças hiperactivas são também hiperactivos. No que respeita a fraternidade, os riscos são de 40% para os irmãos e de 10% para as irmãs. Também existe um risco de encontrar hiperactivos entre os tios, tias e primos.

Soubemos que o jovem em questão, tem um primo diagnosticado e acompanhado com DHDA, mas que, em princípio, a mãe e uma tia também teriam antecedentes que fizessem suspeitar que seriam portadoras deste distúrbio.

Através de vários estudos sabemos que a hereditariedade poderá explicar 50 a 97% das características do DHDA, no entanto não existe um gene responsável.

Em suma, podemos afirmar que a causa deste distúrbio é orgânica, uma vez que se trata de uma deficiência numa zona particular do cérebro e que na maior parte dos casos é transmitido hereditariamente. Muitos especialistas dos E.U.A estão a solicitar que estas crianças sejam consideradas como deficientes para que possam beneficiar de programas e serviços específicos a esta problemática.

No entanto, em Portugal com a entrada do Decreto-Lei nº 3/2008 estas crianças ficaram sem qualquer tipo de apoio complementar.

No caso em particular, o jovem beneficiou de acompanhamento individualizado e específico durante cerca de 5 anos, entre os 3 e os 8 anos, depois com a alteração legislativa, ficou sem qualquer tipo de apoio.

1.3 Realização do diagnóstico:

Cada vez mais, os professores sentem-se confusos, pois não sabem como confirmar as suspeitas de DHDA. No entanto, existem sinais de alerta que podem ajudar a identificar uma criança hiperactiva, tais como:

- O aluno parece estar aquém das suas capacidades intelectuais;
- Apresenta um nível inapropriado de atenção, em comparação com outras crianças da mesma idade;
- Tem dificuldades em seguir instruções;
- Parece não ouvir o que lhe é dito;
- Demora muito tempo a fazer os testes, pois tem dificuldades em abstrair-se dos barulhos e de outros estímulos;

- Tem tendência para perder objectos importantes;
- É impulsivo;
- Tem dificuldade em pôr em prática tarefas que requerem planeamento;
- Corre em locais inapropriados, sobe aos móveis;
- Responde fora do contexto, interrompe os outros quando deveria estar calado e fala demasiado, mas sem conseguir manter o fio do discurso;
- Tem dificuldades em esperar pela sua vez;
- Não consegue ficar sossegado, custa-lhe ficar sentado;
- Coloca a culpa nos outros;
- Apresenta dificuldades na relação com os familiares, amigos e/ou professores.

Se a criança apresentar a maior parte destes sinais, o primeiro passo que o professor deve dar é falar com a família. De seguida, é importante que a criança seja encaminhada para um especialista, para ser avaliada e para que se inicie o tratamento o mais precocemente possível.

Segundo Lopes (2003:145) o diagnóstico do DHDA deve compreender as seguintes etapas:

1.3.1 **Entrevista com a criança:**

A entrevista com a criança deve ser realizada por um profissional, neste caso, por um psicólogo, médico ou técnico com formação nesta área.

Nesta entrevista a criança é levada a falar sobre o porquê de estar ali. Se a criança não souber, é-lhe dada uma breve explicação sobre o problema. São colocadas questões sobre o seu dia-a-dia, os seus interesses, relação com os amigos e adultos, forma como organiza o material escolar e tarefas, forma como lida com os horários, etc.

Segundo Lopes (2003:160) esta entrevista é essencial para o diagnóstico, no entanto, o psicólogo tem de ter em conta vários factores, tais como, que o comportamento da criança quando está dentro do gabinete pode ser muito diferente do comportamento noutros contextos.

Estar com um psicólogo ou um médico num gabinete é uma situação nova e, neste tipo de situações as crianças com DHDA têm tendência a ser colaborantes e a ter um comportamento adequado.

Este episódio verificou-se várias vezes com o jovem em questão. Segundo a mãe, numa das idas ao pediatra, a própria estava a informar o médico do distúrbio da criança.

O pediatra disse que nem parecia que a criança tinha DHDA pois era muito bem comportada, no entanto, quando esta se levantou para ser pesada e medida, tinha feito um buraco no estofado do cadeirão e havia esponja no chão.

É necessário levar também em conta a idade do sujeito, uma vez que é mais provável que as crianças mais novas apresentem problemas “visíveis”, no que diz respeito ao nível motor, devido às alterações desenvolvimentais das manifestações do DHDA. Sujeitos mais velhos, nomeadamente adolescentes, podem nem sequer dar sinais de agitação motora, sendo bastante mais provável que apresente problemas de organização de materiais, de gestão do tempo ou de expressão ordenada das ideias.

Deve ainda ter-se em conta que até aos 12 anos a criança apresenta uma grande dificuldade em admitir qualquer tipo de problema, não é típico do DHDA mas sim do facto de ser “criança”. Normalmente as queixas partem de terceiros (pais, professores, etc.), como tal, o indivíduo procura sistematicamente defender-se das acusações a que é sujeito, traduzindo as culpas a terceiros ou negando pura e simplesmente o problema.

1.3.2 Entrevista com os pais:

Segundo Lopes (2003:158) a entrevista com os pais tem os seguintes objectivos:

- Estabelecer uma relação com os pais, que será importante, depois para a adesão ao tratamento;
- Obter informações fidedignas sobre o comportamento da criança;
- Avaliar a forma como a família encara o problema;
- Obter informação sobre a relação pais - criança (se a criança estiver presente);

- Permitir focalizar o problema em diferentes aspectos do presente (evitar dar demasiada importância aos erros do passado);
- Permitir iniciar logo a intervenção, dando indicações aos pais;
- Permitir ser espaço onde os pais podem falar dos seus medos e frustrações, onde o psicólogo desdramatiza a situação e procura evitar que se sintam culpados;
- Permitir o estabelecimento da aliança terapêutica com os pais.

São investigados aspectos como o momento em que se iniciaram os sintomas, a reacção dos pais ao comportamento da criança, problemas médicos e psicológicos da criança, história do desenvolvimento, familiares com problemas idênticos, relação da criança com os irmãos e pares, relação com a escola, professores e tarefas escolares, linguagem, hábitos de organização, etc.

1.3.3 Elaboração do diário de comportamento do aluno:

O professor pode medir o comportamento desadequado do aluno, com a ajuda de um diário comportamental.

O objectivo é medir a variabilidade do comportamento da criança ao longo dos dias.

Este instrumento pode ser útil na realização do diagnóstico e na monitorização do impacto da intervenção do professor na mudança de comportamento do aluno.

Pode também ser utilizado para avaliar se a medicação está a ser eficaz na mudança do comportamento na sala de aula.

1.3.4 Preenchimento de questionários pelos pais e professores:

Um dos questionários mais utilizados para o despiste do DHDA é o da Associação Americana de Psiquiatria, de 1994, no entanto, existem diversas escalas que se referem ao mesmo objectivo.

Iremos apresentar a escala de *ADHD Rating Scale-IV* (Lopes, 2003).

O manual desta escala contém normas que permitem comparar o comportamento do sujeito com o que seria esperado para a idade, o que é tanto mais importante quanto o DHDA constitui provavelmente mais uma diferença de grau do que, uma diferença qualitativa relativamente à normalidade. As normas etárias são ainda da maior importância porque escalas como as do DSM-IV perdem a sensibilidade à medida que o sujeito fica mais velho, aumentando por isso o número de falsos negativos.

A escala de *ADHD Rating Scale-IV* possui uma versão para preenchimento pelos pais e outra para preenchimento pelos professores, estando traduzidas para português e disponíveis para consulta no anexo I.

1.3.5 Entrevista com o professor:

O professor é a pessoa que mais conhecimento tem sobre o funcionamento do aluno na sala de aula, por isso poderá responder a algumas questões consideradas importantes sobre o estabelecimento do diagnóstico, tais como:

- Irrequietude e imaturidade;
- Funcionamento do aluno na sala de aula;
- Capacidades académicas do aluno;
- Organização dos materiais;
- Cumprimento dos TPC¹'s;
- Hábitos de trabalho;
- Qualidade de relações com os pares;
- Problemas de comportamento, nomeadamente quais são os comportamentos desadequados do aluno? Que situações costumam despoletar essas situações? Que estratégias costumam contribuir para a diminuição desses comportamentos?
- Comportamentos agressivos;
- Impulsividade;
- Motivação para a aprendizagem;
- Aspectos positivos do comportamento do aluno;
- Cooperação do aluno com os professores e com os colegas;

¹ TPC – Trabalho para casa.

- Estratégias utilizadas pelos professores para lidar com o problema.

1.3.6 Observação directa da criança:

Após terem sido realizadas as entrevistas aos pais e aos professores, o psicólogo selecciona comportamentos para observar na sala de aula, por exemplo: “actividade motora excessiva”, “falar excessivamente”, “não cumprir tarefas solicitadas pelo professor”.

A observação deve ser realizada pelo menos duas vezes, em dois dias diferentes, e durante pelo menos durante 20 minutos.

Este tipo de avaliação de comportamentos vai permitir distinguir, com mais facilidade, uma criança com DHDA de uma criança normal.

1.4 Problemas Associados:

As crianças hiperactivas apresentam frequentemente outros problemas para além das perturbações já citadas. Os que iremos agora abordar não são exclusivos das crianças com DHDA, mas afectam mais estas do que as crianças ditas normais da mesma idade.

1.4.1 Problemas no rendimento escolar:

A associação entre o mau rendimento escolar e as crianças hiperactivas é muito frequente. Mais de 90% mostrarão um rendimento escolar abaixo do normal e na maior parte dos casos, devido à sua capacidade.

Os sintomas anteriormente referidos explicam em parte o baixo rendimento escolar, mas aparecem quase sempre associados a problemas específicos de aprendizagem.

Mais de 25% das crianças hiperactivas têm dificuldades de aprendizagem que conduzem a atrasos tão importantes em diferentes áreas: leitura, escrita, expressão oral, cálculo, etc.

Assim, estas crianças, para além do seu atraso geral, terão um atraso muito maior em certas matérias, tais como a língua materna e a matemática.

No jovem em estudo podemos observar que realmente a disciplina de Português foi sempre uma das mais fracas, tendo dificuldades em leitura e escrita. No que diz respeito ao cálculo, sempre foi um aluno que gostou muito de Matemática, tem um óptimo cálculo mental, a grande dificuldade está em transpor o cálculo mental para a folha, pois não sabe quais os cálculos que têm se ser

A questão neste caso é, *será que os problemas de aprendizagem potenciam o DHDA ou pelo contrário, será que o DHDA que provoca os problemas de aprendizagem?*

Se aceitarmos que as crianças com DHDA apresentam problemas de atenção, é muito provável que face a tarefas que exigem uma maior concentração, momentos de atenção selectiva, esforço e perseverança, a sua situação será desfavorável em relação aos colegas de sala.

A sua impulsividade irá também influenciar o sucesso escolar, levando a que estas crianças cometam um maior número de erros, tenham uma maior imprecisão na organização dos trabalhos, a precipitar-se nas respostas, a tomar decisões com base em dados insuficientes.

Finalmente, é também esperado que uma criança que tem dificuldade em estar quieta, que se encontra com frequência fora de lugar, que é desastrada, esteja pouco disponível para a aprendizagem, esteja constantemente “fora do contexto” e perca muitas vezes oportunidades de aprendizagem.

Apesar de todas estas justificações, existem crianças com DHDA que não têm Problemas de Aprendizagem (P.A.). Poder-se-á explicar este facto uma vez que estas poderão beneficiar de “factores protectores”, tais como, um QI mais elevado, um maior acompanhamento parental ou de professores, que inibem o aparecimento dos P.A. Poderemos, desta forma, dizer que não é o DHDA que conduz a P.A., mas sim o DHDA associada a outros factores, como por exemplo, a certos tipos de défices cognitivos, poderão contribuir para um maior insucesso escolar.

1.4.2 Problemas do comportamento:

Muitos adolescentes e jovens manifestam problemas de comportamento, em especial os que apresentam uma reacção de oposição/provocação. Segundo Falardeau

(1999:60) cerca de 25% serão considerados de indivíduos anti-sociais. Serão mais frequentes nestes casos as dependências (tabaco, álcool, etc.) e também problemas de delinquência.

Cerca de 50% das crianças hiperactivas apresentarão na adolescência e início da vida adulta problemas com a justiça, onde 20% cometerão delitos e agressões considerados graves.

1.4.3 Integração Social:

Através de algumas características específicas deste distúrbio, podemos prever que as crianças que apresentam DHDA vão ter mais dificuldades em se integrarem socialmente. Em crianças, as suas relações com os pares não são muito aceitáveis, devido à sua impulsividade e hiperactividade. Na adolescência, conseguem manter uma relação com um ou outro amigo que seja mais compreensivo, no entanto, têm muitas dificuldades em integrar um grupo. Quando chegam à idade adulta, torna-se muito difícil arranjar e conservar o emprego e mesmo em se relacionarem com os colegas e patrões.

No que diz respeito à vida familiar, existe uma maior probabilidade de divórcio em casais onde um dos cônjuges apresente DHDA.

No entanto, nenhum destes factos está escrito à partida. Existem diferentes factores que poderão alterar o rumo destas crianças, tais como, um meio privilegiado financeira e socialmente, a sua capacidade intelectual e as ausências de dificuldades específicas de aprendizagem e o acompanhamento que têm desde muito cedo.

“ Com efeito, quanto mais dotada for uma criança, menores dificuldades terá em aprender e mais probabilidade terá em ser bem sucedida na escola, apesar da sua deficiência ” (Falardeau, 1999: 61).

1.4.4 Imaturidade Afectiva:

Cerca de metade das crianças diagnosticadas com DHDA padece de uma imaturidade afectiva que se revelará em reacções exageradas face a situações banais, transformando-se em crianças superexcitadas e incontroláveis. Este facto, conjugando com outros referidos anteriormente, acentua a dificuldade que estes indivíduos têm em integrar-se socialmente.

Estas crianças não terão amigos e serão crianças muito carentes de afectividade, que será compensada pela família. Dificilmente serão integradas em actividades sociais, desde o recreio até festas de aniversário.

Contudo, estas crianças, principalmente na primeira infância, não se apercebem que quase não têm amigos, dizendo por vezes, que “isso é mentira, que têm muitos amigos”. Normalmente quem reconhece esse problema é a família.

No entanto, no caso particular que estamos a estudar, desde muito pequeno que o jovem admite não ter muito amigos, que eles não queriam brincar com ele no recreio nem o convidavam para as festas de aniversário. Que o único amigo dele era o M., pois desculpava todas as asneiras que ele fazia. Este amigo andou com o jovem desde a pré-escola mas, infelizmente, quando passaram para o 3º ciclo foram parar a turmas diferentes, ainda tentaram a transferência, mas não foi possível. Desde então, a amizade foi-se deteriorando, até que agora raramente se vêem. Actualmente o jovem diz que não tem amigos, mas sim colegas que deixam que ele esteja junto deles.

Segundo Falardeau (1999), o que mais abala a auto-confiança e a auto-estima destas crianças não é a integração social, mas sim os fracassos repetidos na escola e a rejeição por parte dos adultos.

1.4.5 Problemas Médicos:

Um fenómeno para o qual ainda não se conseguiram explicações, e que ainda não se conseguiu perceber muito bem, é o facto das crianças hiperactivas terem uma maior incidência de problemas médicos do que as crianças ditas normais.

Ou seja, estas crianças são cerca de 5 vezes mais afectadas por gripes, alergias, infecções das vias respiratórias, otites, constipações, etc., do que as outras crianças.

O que podemos saber, da conversa que tivemos com a mãe, é que realmente este jovem desde que nasceu até ao primeiro ano de idade, esteve sempre internado, por suspeita de uma doença metabólica. Nas primeiras análises efectuadas, os resultados eram positivos, depois de um grande estudo com diversos exames o resultado foi inconclusivo e como não surgiram mais sintomas a criança foi mandada para casa com vigilância constante. Ainda na primeira infância sofria de asma e recorria várias vezes ao nebulizador. Desde então tem sido uma criança perfeitamente saudável.

Uma das hipóteses propostas para esta incidência de problemas médicos em crianças com DHDA refere que se trata de uma imaturidade no desenvolvimento do sistema imunológico. Contudo esta hipótese ainda não foi comprovada.

Através de testes pudemos perceber que é um jovem que apresenta lateralidade cruzada, ou seja, o lado privilegiado para actividade motora varia consoante a parte do corpo utilizada.

Normalmente são também detectados problemas de enurese e de encoprose, que estarão ligados a uma imaturidade neurológica do sistema límbico.

No caso em estudo, o jovem sofreu de enurese nocturna até aos 6 anos de idade, tendo sido medicado pelo pediatra com fármacos para o ajudar a superar este problema.

Estas crianças também apresentam problemas relacionados com o sono, ou seja, têm dificuldades em adormecer, porque necessitam de um maior tempo para relaxar e acalmar, acordam mais à noite e levantam-se mais cedo de manhã. Isto acontece visto que estas crianças demonstram menos necessidade de sono do que uma criança normal.

Nomeadamente ao estudo de caso, desde muito pequeno que apresentou muita dificuldade em adormecer, nunca fez a sesta normal da tarde, o que dificultou a sua adaptação a um infantário, foi colocado numa pré-escola pública porque não era “obrigado” a dormir. Existiu uma fase em que o jovem em questão tinha sistematicamente terrores nocturnos, o que fazia com que acordasse constantemente aos gritos durante a noite. Sempre foi o primeiro a levantar-se de manhã, mesmo em dias de escola, independentemente da hora a que se deitasse.

1.5 Tratamento de DHDA:

O tratamento do DHDA só deve ser levado em conta após uma avaliação completa efectuada por especialista e quando houver uma certeza do diagnóstico.

As formas mais utilizadas de tratamento são a farmacológica e a psicoterapia da criança, sendo a intervenção também alargada a pais e professores.

1.5.1 Tratamento Farmacológico:

Como já foi referido anteriormente, o DHDA é caracterizado por um abrandamento da actividade do cérebro provocada pela dificuldade das células cerebrais segregarem um transmissor neural.

Como tal, uma forma de tratar este distúrbio será actuar sobre as células cerebrais, isto é, melhorar a capacidade de segregação desse transmissor neural. É justamente por esta razão que se usam medicamentos que estimulam e equilibram os índices de *dopamina*.

“Os sintomas da hiperactividade são devidos a uma ausência de controlo, por sua vez causada por um abrandamento da actividade cerebral na zona responsável por esse controlo. Ao activar essa zona do cérebro, o medicamento permite que a criança tenha um melhor controlo dos seus sintomas e, assim, decidir ser mais calma”(Falardeau, 1999:64).

Os estimulantes intervêm positivamente na atenção continuada e na persistência nas actividades, muitas vezes, com a contínua utilização dos fármacos o seu comportamento fica de tal maneira alterado, que parece uma criança “normal”.

As crianças medicadas, na maior parte das vezes ficam menos impulsivas, menos agressivas, fazem menos ruído, têm menos problemas de adaptação e menos atitudes destrutivas, por isso se percebe o porquê, de cada vez mais se optar por esta alternativa para o tratamento do DHDA, uma vez que lhe aumenta a atenção, melhora o controlo dos impulsos, a coordenação dos movimentos motores finos e o tempo de reacção.

No entanto, contrariamente ao que se possa pensar, a medicação não lhes aumenta a inteligência, *“...mas sim a capacidade de aprendizagem e a capacidade de evocação e rememoração.”* (Lopes, 2003:241).

No que diz respeito a efeitos secundários, estes estão relacionados com as doses que cada criança toma, ou seja, quanto maior a dose maior a probabilidade de surgirem efeitos colaterais.

Alguns destes efeitos, segundo Lopes (2003: 244), são:

- Diminuição do apetite: os fármacos parecem reduzir o apetite da criança nomeadamente no período do almoço, isto é, quando estes ainda estão a fazer efeito, recuperando o apetite no fim da tarde. Logo é normal que estas crianças comam melhor ao jantar do que ao almoço;

- Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial: a pressão arterial e a frequência cardíaca podem aumentar com a medicação, logo estas crianças se à partida tiverem estes factores alterados têm de ser acompanhados de perto;
- Aumento da actividade eléctrica cerebral: existe um aumento considerável da actividade eléctrica cerebral nas crianças medicadas;
- Insónia: quase metade das crianças medicadas apresentam uma maior dificuldade em adormecer, em alguns tem de ser suspensa a dose da tarde;
- Tiques nervosos: a possibilidade do aparecimento de tiques nervosos é um dos efeitos secundários que as crianças medicadas poderão apresentar, devido a contracções musculares involuntárias.
- Psicose temporária: sintomas de psicose poderão surgir em casos de sobredosagem de medicação.

1.5.2 Técnicas cognitivo comportamentais:

As técnicas cognitivo-comportamentais são consideradas as mais eficazes no tratamento do DHDA, contribuindo para uma maior interiorização das normas, maior planificação das tarefas e maior autocontrolo.

Estas técnicas têm mais resultado quando combinadas com o tratamento farmacológico.

Podemos dizer que a escolha do tratamento dependerá dos diferentes agentes ou factores que estiverem a provocar os comportamentos hiperactivos.

Sendo assim, apesar da administração de fármacos, sob o ponto de vista educativo, será sempre necessário um apoio psicopedagógico, que deverá incidir na melhoria da relação professor - aluno como na superação das dificuldades académicas e da relação interpessoal manifestada pela criança hiperactiva, na sala de aula.

1.6 Intervenção:

1.6.1 Estratégias para sala de aula:

Presentemente, as crianças passam maioritariamente o dia na escola, sendo que esta tem vindo gradualmente a alargar os seus intuítos para além da mera instrução de matérias académicas.

Quer seja pelas suas particularidades, quer seja pelas exigências que a escola impõe, as crianças com DHDA apresentam muitas dificuldades no relacionamento com os pares e também problemas de ordem académica, exigindo por parte destas uma reflexão, planeamento, estratégia, estabelecimento de objectivos e uma complexa gestão do tempo, características que estas crianças têm incapacidade em exhibir quando é necessário.

A hiperactividade no contexto de sala de aula deve ser considerada um problema a que os professores devem dar importância, como tal, estes deverão estabelecer um plano de acção que deverá ser **consistente**, **prolongado** e constantemente **activado**.

Para que se possa lidar com os comportamentos problemáticos, que geralmente resultam de uma dificuldade da criança executar aquilo que já sabe, os professores terão de lhe ir constantemente lembrando aquilo que já aprendeu ao invés de lhe ensinar novos comportamentos.

A realização académica de crianças hiperactivas exige necessariamente um ensino directo e sistematicamente monitorizado, uma vez que incide sobre algo que a criança não sabe.

Segundo os autores DuPaul e Stoner (1994, citados em Lopes, 2003), existem alguns aspectos que deverão ser tidos em conta para uma melhor gestão dos comportamentos de uma criança com DHDA, começando por uma profunda avaliação dos problemas que esta apresenta na sala de aula, para que posteriormente tendo em conta as suas características se possam delinear estratégias de intervenção eficazes.

De seguida, o professor deverá fornecer frequentemente, a estas crianças, reforços positivos ou recompensas (do agrado da criança) pelos bons comportamentos para que consiga cativar a atenção motivando-os para a aula, assim

como deve ser capaz de o repreender no sentido de o reorientar para a tarefa em curso.

Na realização de trabalhos individuais, bem como nos trabalhos de casa, a tarefa não deverá ser demasiado complexa, enfadonha, repetitiva, nem envolver muitos passos, para que a criança seja capaz de a resolver sozinha sem desistir. Progressivamente e consoante o desenvolvimento da criança dever-se-á aumentar o grau de dificuldade.

Os professores deverão orientar estas crianças (com DHDA) ao invés de tentar manipulá-las através de estratégias comportamentais, uma vez que o bom desempenho académico permite aos alunos orientarem-se sistematicamente para objectivos curriculares, inconciliáveis com comportamentos disruptivos.

“As regras de ouro para lidar com todos os alunos e por maioria de razão para lidar com os alunos com DHDA são: instruir e prevenir. Numa sala de aula, isto significa centrar o trabalho nas tarefas académicas e criar um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos disruptivos sejam mais prevenidos do que corrigidos e em que o professor, por consequência, seja mais proactivo do que reactivo.” (Lopes, 2003: 205)

Como tal, alguns autores citados por Lopes (2003:206) sugerem um conjunto de comportamentos proactivos por parte do professor, tais como: os professores deverão discutir, promover e lembrar as regras da sala de aula, deverão utilizar o contacto visual, para fomentar comportamentos e fornecer sinais, deverão circular para fornecer feedback aos alunos, o ritmo das aulas deverá ser calmo e dirigido pelo professor, o professor deverá assegurar-se que todas as actividades são bem compreendidas, mantendo os alunos com DHDA junto da sua carteira onde poderá monitorizar os seus comportamentos assim como o ritmo de trabalho.

Fundamentalmente o papel do professor deverá ser o de promover o envolvimento nas actividades académicas e não propriamente o de controlar os comportamentos.

2 MOTIVAÇÃO:

2.1 Conceito de Motivação:

A palavra **Motivação** deriva do latim *motu* (movimento) e *movere* (mover), significando “acção de pôr em movimento”.

Como tal, podemos referir que a motivação é um comportamento dirigido para um objectivo, ou seja, *a motivação é um comportamento que pode considerar-se motivado* (Tavares, 1979: 42).

Pedagogicamente falando, a motivação será a criação de condições que permitam estimular o interesse do aluno, através das suas potencialidades, fomentando a sua livre criatividade.

Motivar será criar situações que levam o aluno a querer aprender e incentivar será fazer com que a motivação não diminua. O aluno que está motivado sente uma necessidade que leva a interessar-se por algo e com propósito de alcançá-lo, a fim de obter auto-satisfação.

Logo, toda a motivação deve basear-se nas necessidades do aluno.

À medida que o indivíduo se desenvolve, mais motivos da aprendizagem se afastam das suas raízes biológicas e passam a preponderar os factores socioculturais na sua vida.

Durante o processo de aprendizagem, a motivação actua nos seguintes mecanismos:

- Cria-se uma situação de necessidade (motivação), estabelecendo-se simultaneamente uma tensão.
- Vislumbra-se um objectivo capaz de satisfazer a necessidade.
- Tem início a acção para solucionar a dificuldade.
- Satisfazendo-se a necessidade (solução), diminui a tensão e o indivíduo conserva (aprende) a forma de comportamento, para agir de maneira idêntica em situações semelhantes.

Motivar é conseguir que o aluno participe activamente na construção da aula, fazer com que se empenhe e aplique em aprender tudo o que ele necessite.

A motivação é um factor determinante no processo de aprendizagem. E sem que o educando esteja motivado, ou seja disposto a fazer esforços para interiorizar conhecimentos, o trabalho escolar não poderá ser positivo.

Só podemos dizer que um aluno está motivado quando este sente necessidade de aprender o que está a ser estudado, quando se empenha e se esforça no trabalho até se sentir saciado de saber.

2.1.1 Tipos de Motivação:

A motivação é sempre um acto positivo que procura levar o aluno a estudar, incentivando-o a aprender, tendo em vista o interesse por aquilo que aprende para a sua vida futura.

Existem duas formas de impelir os alunos a aprender:

- Instigando-o quer pelo reconhecimento e livre aceitação da necessidade de trabalhar;
- Coagindo-os à realização de uma tarefa.

Sendo assim a motivação pode ser positiva ou negativa.

Motivação positiva:

Esta pretende levar o aluno a aplicar-se, por meio do incentivo, do encorajamento sem meios coercivos, sem repressão, livremente.

Segundo Nérici cit. por Tavares (1979) a motivação positiva pode ser intrínseca e extrínseca.

A motivação intrínseca verifica-se quando o aluno é levado a estudar pelo interesse que a própria matéria lhe desperta, por gostar da matéria. Esta é a motivação mais autêntica.

A motivação extrínseca realiza-se quando o estímulo não tem relação directa com a matéria leccionada ou quando o motivo de aplicação ao estudo por parte do aluno não é a matéria em si. Por exemplo, obter notas para passar o ano, diferenciar-se dos outros, etc.

Motivação Negativa:

Costuma falar-se em motivação negativa. Na realidade, esta não existe. Motivação significa o querer íntimo de realizar algo, de alcançar determinados objectivos, mas com aceitação.

Por vezes, o aluno é levado a estudar por meio de ameaças, repreensões e mesmo castigos: é o estudo sob coacção.

As atitudes de coacção podem partir tanto da família como da escola e apresentar as seguintes formas:

- Coacção Física: quando o aluno sofre castigos físicos, privações de divertimentos ou de qualquer outra coisa que tenha para ele alto valor.
- Coacção Psicológica: quando o aluno é tratado com excessiva severidade ou desprezo; se lhe instiga um sentimento de culpa fazendo-o sentir menos capaz do que os outros, ou quando sofre críticas que o ridicularizem ou diminuam aos olhos de outrem.

Motivar é levar o aluno a querer realizar algo, o que não acontece com motivação negativa, pois o aluno é obrigado a realizar algo.

2.1.2 Técnicas de motivação:

As técnicas de motivação procuram aproveitar as possibilidades energéticas das fontes de motivação para orientar os esforços dos alunos no processo de aprendizagem.

São inúmeras as técnicas de motivação que o professor poderá lançar mão para motivar os seus alunos. Vejamos as que mais nos poderão interessar:

- **Correlação com o real**

O professor procura relacionar o que ensina com a realidade circundante: a própria experiência do aluno, factos da actualidade. As aulas apresentarão um cunho de realidade e autenticidade.

- **Vitória inicial**

O aluno é levado a responder a perguntas relativamente fáceis, mas apresentadas como se fossem difíceis. Entusiasmado com o sucesso das suas respostas, o aluno dedica-se às tarefas escolares.

- **Participação do aluno**

Por meio de questões e situações problemáticas interessantes, o professor estimula a participação activa dos alunos nas actividades escolares. Estes são retirados da posição de meros espectadores para se tornarem parte activa da aula. As sugestões dos alunos devem merecer do professor a melhor atenção e simpatia: **os alunos devem ser incentivados a realizar a aula.**

- **Auto separação**

O professor incentiva o aluno a melhorar os seus resultados escolares. Por exemplo: através de uma análise gráfica o aluno é levado a comparar a marcha da sua aprendizagem com a média da turma (sem comparações directas com os colegas).

- **Elogios e Censuras**

Quando usados com prudência e oportunidade, podem funcionar como processos motivadores. Os elogios produzem melhores resultados em alunos fracos ou médios. **As censuras são de acção positiva em alunos fortes**, mas podem ser inibidores em alunos fracos. **De preferência as censuras devem ser feitas a sós, para não humilhar o aluno.**

- **Material didáctico**

É uma técnica de motivação que deve ser constantemente aplicada. O professor deverá ilustrar e concretizar os assuntos através de algo mais que palavras.

Por isso se preconiza a utilização intensiva de todos os meios auxiliares de ensino; cada professor deve providenciar a aquisição e a produção das ajudas de instrução necessárias para as matérias que lecciona e procura aperfeiçoá-las progressivamente.

- **Reconhecimento da utilização da matéria**

O professor deve tornar o ensino, o mais real possível. Uma boa forma de alcançar tal objectivo será mostrar ao aluno a utilidade **imediate** da matéria apresentada, do ponto de vista social ou o próprio interesse do aluno. Além disso, deve demonstrar a sua utilidade **imediate**, relacionando-a com aplicações profissionais, técnicas, industriais, sociais, etc.

- **Experimentação**

É uma tendência que se encontra em todas as pessoas: **fazer alguma coisa**. A maior parte das escolas ainda persistem no **copiar, decorar, ficar quieto**. Na dinâmica própria do ensino devem planear-se actividades de realização por parte dos alunos em todas as disciplinas, levando-os a agir física e intelectualmente.

Diz respeito à **atmosfera** da sala de aula, criando no aluno mecanismo reflexos que o **predispõem** para aprendizagem. Os meios didáctico auxiliares devem estar convenientemente dispostos, mas não em exposição permanente, pois acabarão por tornar-se indiferentes e ser motivo de distração do aluno. Só os meios materiais de ensino relacionados com o assunto da aula devem estar a vista dos alunos.

O ambiente físico da própria sala (ventilação, climatização, insonorização, luminosidade) contribui grandemente para a criação de mecanismos favoráveis ao desenvolvimento da aprendizagem. São factores que a escola não deve descurar.

- **Conhecimento preciso dos objectivos de cada aula**

O aluno deve conhecer claramente o que se pretende com a aula que se vai desenvolver. A participação do aluno na aula será mais consciente quando reconhece os fins para que se destinam os esforços solicitados e qual o ponto de chegada. Tudo vai tendo sentido e lugar no conjunto de dados fornecidos durante a aula.

- **Aspirações do aluno**

O professor procurará relacionar o ensino com aspirações de cultura, de prestígio, de vida profissional do aluno, evidenciando que as matérias leccionadas podem auxiliá-lo na realização dos seus objectivos íntimos. Por outro lado, este procedimento pode levar o aluno a criticar e rever as suas aspirações.

- **Personalidade do Professor**

A maneira de ser, o entusiasmo, a simpatia e a compreensão do instrutor pesam como factores decisivos. O professor deve viver as suas aulas, para que os alunos sintam que ele se dá inteiramente ao seu trabalho e, indirectamente, a eles.

- **Realização de experiências reais**

O aluno impressiona-se mais com a realidade do que com a sua imitação. O **faz de conta** não tem simpatia do adolescente e do adulto, que preferem o **faz de verdade**. As actividades extra aula funcionarão como ponte entre a escola e as actividades reais da sociedade. As visitas, excursões e todos os actos directos com a realidade, bem como o exercício do real **como é lá fora**, são sempre motivadores.

- **Aplicação dos conhecimentos adquiridos**

A actividade escolar que decorre apenas no campo teórico tem escassas possibilidades de motivar os alunos. À teoria devem seguir-se aplicações práticas ou, melhor, a teoria deve ser extraída da prática.

- **Interesse para o aluno**

O professor deve mostrar interesse pelas aspirações, sucessos e dificuldades do aluno. Este precisa sentir que é mais importante do que a matéria que é ensinada.

O professor deve estender o seu interesse ao comportamento dos seus alunos nas outras disciplinas e mesmo aos seus trabalhos fora da escola.

- **Sucesso**

É uma excelente técnica de motivação. Toda a gente aspira ao sucesso e se entusiasma com ele. O insucesso contínuo é frustrante; o insucesso ocasional pode gerar reacções salutares.

Daqui resulta que as actividades devem ser planeadas em função das capacidades de sucesso.

Os bons resultados devem ser dados a conhecer quanto antes, para que funcionem como **reforço** (*teoria do condicionamento operante*). Tal como referimos anteriormente, as crianças Com DHDA preferem actividades para as quais receba

uma recompensa imediata em detrimento daquelas em que a recompensa será a longo prazo, para que não se sintam frustrados.

2.2 DHDA versus Motivação:

À medida que as crianças crescem, os pais tendem a fornecer cada vez mais incentivos verbais e menos incentivos materiais.

De igual modo, é esperado que as crianças necessitem cada vez menos de incentivos externos e que encontrem os incentivos na sua própria satisfação pela realização de uma qualquer tarefa.

Dito de outra forma, a motivação para a realização de tarefas e/ou para a exibição de determinados comportamentos evolui progressivamente de externa para interna.

Isso é o que se espera de uma criança normal, mas não de uma criança que apresente DHDA, na verdade estas crianças parecem continuar até muito tarde dependentes de fontes externas de motivação e, ainda por cima materiais.

Tal como já referimos anteriormente estas crianças necessitam de recompensa imediata para que se possam obter resultados satisfatórios, caso contrário entram num estado de frustração, dado que não aguentam esperar por uma recompensa a longo prazo.

3 LEITURA E ESCRITA:

3.1 A Leitura:

Diversos factores interferem na aquisição do processo de leitura/ escrita tais como intrapessoais, interpessoais e contextuais, mas como estes estão presentes em todas as aprendizagens, iremos dar especial destaque à perspectiva cognitiva.

Sendo a leitura um processo tão rápido e automático poderíamos dizer que quase não implicaria processos cognitivos, no entanto esta afirmação é totalmente falsa.

Só na leitura e compreensão de uma única palavra, inconscientemente utilizamos diversos processos cognitivos, aumentando gradualmente consoante a porção de texto a ser lido.

Numa perspectiva cognitiva ler é:

“...uma actividade complexa composta por uma série de processos psicológicos de diferentes níveis que, começando por um estímulo visual, permite, através de uma actuação global e coordenada, a compreensão do texto.” (Bautista, 1997: 116).

No que diz respeito à leitura iremos focar dois processos: os que intervêm no reconhecimento das palavras e os que intervêm na compreensão de uma frase, ou seja, os primeiros são aqueles que transformam a palavra impressa para a linguagem falada, os segundos tem como objectivo captar a mensagem ou a informação que nos oferece o texto escrito.

3.1.1 O reconhecimento de palavras:

Fundamentalmente os processos de reconhecimento de palavras registam a linguagem escrita, transformando os símbolos impressos em linguagem. Ou seja, por um lado residiriam os processos de descodificação das palavras cujo intuito é decifrá-las, isto é, analisar e identificar padrões visuais para transformá-los em sons, por outro lado encontrar-se-iam os processos de compreensão dessas palavras chamado acesso léxico, que consistiria em procurar e recuperar os seus significados

numa espécie de dicionário interior que todos nós possuímos, chamado de léxico interno, formado por todas as palavras que o indivíduo conhece.

Como já foi referido o início de um acto de leitura implica sempre uma análise perceptiva dos estímulos visuais, mas para além disso como se forma o acesso léxico na leitura?

Na tentativa de resposta a esta pergunta, iremos apresentar duas vias possíveis para o reconhecimento das palavras:

- A **rota léxica** implica a leitura das palavras de um modo global, chegaria simplesmente uma análise visual para as reconhecer e chegar imediatamente ao sistema semântico, onde seria apreendido o seu significado, isto acontece quando um indivíduo já leu centenas de vezes a mesma palavra. No entanto, esta via só funciona com palavras que já são conhecidas, não servindo para todas aquelas que são estranhas ou então que não têm representação léxica.
- A **rota não léxica** também chamada de fonológica refere que para chegar ao significado das palavras que lemos temos de passar previamente por uma etapa de conversão dos estímulos visuais num código fonológico. Por esta via poder-se-ão ler palavras familiares como também as que são desconhecidas, sendo a única forma de ler pseudo-palavras.

Não é que estas duas vias se rejeitem mutuamente, muito pelo contrário, as duas são necessárias e podem existir numa leitura desenvolta.

3.1.2 A compreensão:

O domínio da capacidade leitora não passa só pela compreensão das palavras, mas também pela captação da informação que está contida nas frases, nos parágrafos e nos textos.

“Os processos de compreensão interpretam a linguagem, transformando os símbolos linguísticos numa representação mental mais abstracta, ou seja, passam da linguagem ao pensamento e podem abranger a compreensão da informação implícita ou explícita no texto” (Bautista, 1997:119).

A compreensão da leitura é um tema complexo visto interferir uma diversidade de factores, que vão desde capacidades existentes no leitor para o processamento sintáctico, até aos conhecimentos do texto e do mundo em geral.

Podemos concluir que qualquer uma das duas componentes da leitura, ou seja, reconhecimento de palavras e compreensão são necessárias e compatíveis, actuando em unísono interactivamente.

No entanto é preciso ter em conta que os processos de descodificação podem dar-se independentemente, mas a sua cooperação é absolutamente necessária para que se possa realizar o acto de compreensão.

3.2 A Escrita:

O objectivo principal da expressão escrita é a comunicação através de uma mensagem escrita, a sua aquisição é um processo muito complexo que integra diferentes subprocessos e que vai sendo aperfeiçoado com o decorrer do tempo, tal como já se referiu no processo de leitura.

A escrita é o processo inverso da leitura, ou seja, enquanto esta se define por uma descodificação de sinais escritos em sons e significados, a escrita converte sons e significados em sinais escritos. Existem duas formas de produção de palavras escritas:

- A **via fonológica** usa regras de correspondência para obter a palavra escrita. Esta forma incide principalmente na capacidade de decompor oralmente as palavras, ou seja, pegar nas palavras e dividi-las nos fonemas que as compõem estabelecendo uma conexão com os grafemas correspondentes.
- A **via ortográfica** apela a uma “armazém” de léxico ortográfico ou grafémico, onde seriam armazenadas as representações ortográficas das palavras que a criança já utilizou anteriormente, em todo o caso esta via pode levar a erros ortográficos, uma vez que não há uma correspondência precisa entre fonema e grafema, sendo que o único modo de saber qual é o grafema correcto é a criança já ter visualizado a palavra correcta anteriormente e ter armazenado a sua representação ortográfica na memória a longo prazo.

3.3 Fases de aquisição da leitura e da escrita:

“No ensino/ aprendizagem da leitura e escrita podem distinguir, globalmente três fases: a preparação (tradicionalmente denominada como maturidade para), a aprendizagem propriamente dita, e a consolidação ou automatização” (Bautista, 1997:125)

Embora a aquisição da leitura e da escrita sejam processos independentes e distintos, quando uma criança apresenta dificuldades num deles o outro normalmente também apresenta algum comprometimento.

No que diz respeito a crianças com necessidades educativas especiais deverão ser proporcionadas diferentes possibilidades de prática e exercício de decodificação até adquirirem a automatização, devendo sempre ser apoiadas com a utilização de diferentes recursos materiais numa abordagem fundamentalmente multissensorial.

É de salientar a importância dos primeiros anos para a aquisição da leitura e escrita assim como para o desenvolvimento cognitivo, uma vez que verificando-se fracasso nos anos iniciais, este insucesso terá consequências nefastas para o desenvolvimento das crianças nos aspectos cognitivo, social e afectivo.

Sendo assim ao primeiro sinal de dificuldade apresentada pela criança, devemos intervir de forma a promover uma intervenção adequada às necessidades e características própria da mesma levando ao progresso e sucesso, dado que a leitura e a escrita são processos fundamentais para o ser humano.

3.4 Intervenção nos problemas de leitura e escrita:

Dado as características específicas de uma criança com DHDA (impulsividade, hiperactividade e défice de atenção) estas estão mais propensas ao insucesso escolar, uma vez que são inconciliáveis com as exigências que a escola apresenta.

Uma vez que as dificuldades sociais destas crianças são manifestamente superiores ao normal, como já havíamos referido anteriormente, podemos adivinhar um trajecto escolar condenado ao fracasso escolar, para que tal não aconteça é fundamental intervir quando aparecem os primeiros sinais de dificuldade.

Segundo Torrez e Fernández (cit. por Lopes,2003) refere que a imprecisão na leitura pode resultar de problemas de memória imediata, logo dever-se-á dar, inicialmente, ao sujeito textos curtos e simples, com frases curtas e de fácil compreensão.

Quando a dificuldade está na falta de compreensão, deveremos reforçar as seguintes capacidades: “... *análise visual da palavra, seguida de uma identificação do vocábulo e análise visual de frases simples, seguida de identificação dos diferentes termos que as compõem*” (Lopes, 2003:208).

Um dos factores que poderá provocar alterações na aprendizagem poderá ser uma leitura lenta. Para que tal dificuldade possa ser ultrapassada deverá ser alvo constante de treino, para tal poder-se-á usar diferentes actividades, tais como, reconhecimento rápido de sílabas e palavras de uso frequente e utilizar a análise visual da palavra ao invés da leitura silábica, estendendo progressivamente esta última a textos cada vez mais complexos.

É fundamental a intervenção para a aprendizagem da leitura e da escrita ter em conta as características específicas da criança e perceber naquele momento quais serão as melhores estratégias e actividades a desenvolver.

Sendo assim e segundo o mesmo autor, este refere que para a leitura é necessário: o reconhecimento e leitura de cada signo, reconhecimento, por leitura e escrita, de sílabas directas e inversas, por ordem de dificuldade crescente, leitura de palavras que faltam letras, leitura compreensiva de palavras, formação de palavras a

partir de letras isoladas, leitura compreensiva silenciosa, cumprimento de ordens escritas, formação de frases, resumos orais e escritos.

São ainda de extrema importância actividades como exercícios de grafia com uma componente espacial, exercícios de cópias, ditados, redacções e pequenos resumos, exercícios de auto-correcção de cópia e ditado.

Existem duas técnicas que apesar de não serem muito utilizadas poderão ser uma mais-valia para crianças com dificuldades na leitura e na escrita, ou seja, a soletração e as leituras repetidas.

A soletração consiste num método onde a criança aprende a ler tomando a letra como uma unidade, isto é, a criança vão decompor a palavra e lê-la fonema a fonema, isto acontece inicialmente, depois será lida sílaba a sílaba visto que este método ira acentuar a dificuldade gradualmente.

As leituras repetidas, tal como o nome indica, serão pequenos textos que irão ser lidos repetidamente até o sujeito conseguir atingir fluência na leitura. É também um bom exercício para permitir uma melhor compreensão do texto lido.

Parte II- Metodologias

1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Tendo em conta que o objectivo principal é tentar perceber qual o contributo que a motivação pode ter no sucesso da leitura e da escrita em crianças com DHDA, a opção metodológica que, no nosso ponto de vista pensamos ser a mais apropriada, é o estudo de caso.

“ O método do estudo de caso particular é especialmente indicado para investigadores isolados, dado que proporciona uma oportunidade para estudar, de uma forma mais ou menos aprofundada, um determinado aspecto de um problema em pouco tempo...”(Bell, 2008:23).

Embora os métodos de recolha de dados mais comuns num estudo de caso sejam a observação e as entrevistas, nenhum método pode ser descartado. O estudo de caso emprega vários métodos, tais como, entrevistas, observação participante e estudos de campo, e estes deverão ser escolhidos de acordo com a tarefa a ser cumprida (Bell, 2008:95).

A utilização destes diferentes instrumentos constitui uma forma de obtenção de dados de diferentes tipos, os quais proporcionam a possibilidade de cruzamento de informação.

A **entrevista e o inquérito** adquirem bastante importância no estudo de caso, pois através delas o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências já que ela “ é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan e Biklen, 1994:134).

Iremos elaborar este trabalho de investigação com o apoio de diferentes técnicas de recolha de dados tais como a observação participante do sujeito em estudo, inquérito ao jovem em questão, mas também ao agregado familiar e professores - entrevista à professora de Português para que possamos elaborar um diagnóstico inicial, de forma a identificar e contextualizar o problema em questão, ou seja, o desinteresse observado e apontado pelos familiares no que respeita à leitura e à escrita.

2 DEFINIÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO:

O cerne desta investigação surgiu no decorrer de observações sistemáticas do P. ao longo dos anos (uma vez que é um familiar muito próximo).

Este jovem tem 12 anos, frequenta o 7º ano de escolaridade e desde muito cedo (4 anos) lhe foi diagnosticado DHDA.

Apesar de um diagnóstico precoce, não existiram em nenhum nível de ensino, adaptações curriculares que pudessem colmatar as dificuldades apresentadas por P. ao longo do tempo.

As áreas da leitura e da escrita sempre estiveram muito comprometidas e quando no 2º ciclo surgiu a obrigatoriedade curricular de leitura e análise de uma obra literária, que no 5º ano foi “A Menina do Mar” de Sophia de Mello Breyner Andersen e no 6º ano foi “Ulisses” de Maria Alberta Menéres, o seu crescente desinteresse, desmotivação e insucesso foi evidente.

Neste ano lectivo de 08/09 surge novamente uma obra para analisar, nomeadamente “O Cavaleiro da Dinamarca” de Sophia de Mello Breyner Andersen e a sua desmotivação é bem visível, de tal forma que lhe foi oferecido o livro nas férias de Verão, para que o fosse lendo sem a pressão escolar, mas o marcador continua na 1ª página desde então.

A pertinência deste trabalho incide principalmente no facto da leitura e da escrita serem áreas transversais a todos os conteúdos programáticos, logo as dificuldades nestas áreas irão comprometer o sucesso escolar de uma criança, ainda mais se esta tiver associado um transtorno tão específico como DHDA.

Pretende-se com esta investigação alertar e consciencializar mentalidades, designadamente mudanças de práticas pedagógicas simplesmente com a utilização de estratégias motivadoras que poderão contribuir para que estas crianças não tenham só acesso, mas também sucesso escolar.

Como tal, pareceu-nos fulcral formular a seguinte questão de partida:

“Quais as estratégias motivadoras que poderão influenciar o sucesso escolar de uma criança com DHDA, relativamente à leitura e à escrita?”

3 CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE PEDAGÓGICA

3.1 Caracterização do meio envolvente:

Todas as informações aqui apresentadas foram retiradas do Projecto Educativo (Anexo II) do Agrupamento Vertical de Escolas a que o jovem pertence.

O Concelho de Gondomar encontra-se inserido na Área Metropolitana do Porto (AMP) e é constituído por doze freguesias, totalizando 164 096 habitantes, que representam 13% da população da AMP. Este concelho ocupando o lugar de terceiro maior concelho da área Metropolitana do Porto, cresceu nos últimos dez anos 14,6%, uma média muito superior às taxas de crescimento registadas pela AMP (cerca de 8%) e pela Região Norte (cerca de 6%), evidenciando ser um município com uma forte expansão demográfica.

Possui uma área de 130,5 Km² apresentando uma densidade populacional de 1.257,4 hab/Km², registando uma maior concentração populacional em 6 freguesias, as consideradas mais urbanas: S. Cosme, Rio Tinto, Valbom, Fânzeres, Baguim do Monte e S. Pedro da Cova, onde a densidade populacional é, em média, de 2856 hab/Km², consideravelmente superior à da AMP (1543 hab/km²).

À semelhança de outros concelhos limítrofes das grandes metrópoles, Gondomar tem vindo a sofrer ao longo dos anos, um processo de periferialização da cidade do Porto, transformando-se, progressivamente, num dormitório desta cidade. O concelho tem vindo a registar um aumento significativo da densidade demográfica, quer pela fixação da população já existente, quer pela atracção de populações vizinhas, em particular vindas da própria cidade do Porto.

A maior parte da população residente nas habitações de cariz social situa-se na faixa etária entre os 11 e os 40 anos, revelando ser uma população muito jovem e carenciada aos mais diversos níveis (económicos, sociais, culturais, académicos...) e que congrega diferentes problemáticas:

- Desemprego de longa e curta duração,
- Pré-delinquência e delinquência juvenil,
- Desestruturação familiar,
- Situações de monoparentalidade,
- Recasamentos,
- Toxicodependência,
- Alcoolismo,
- Abandono escolar, entre outras.

O concelho de Gondomar apresenta uma taxa de 5,5% de analfabetismo, tendo reduzido em cerca de 1% entre 1991 e 2001 INE, (2001), percentagem inferior à média nacional.

Em termos genéricos percebe-se que a população possui um baixo nível de escolaridade e por conseguinte défices de qualificação académica e profissional. Esta situação contribui para a existência de trabalho precário, regime de biscates e elevadas taxas de desemprego de curta e longa duração.

No Município de Gondomar a taxa de desemprego ronda os 7,6% (10 948 desempregados), incidindo especialmente o desemprego sobre o sexo feminino (54,4%).

A freguesia de Fânzeres apresenta uma área de 8 km² e uma densidade demográfica de 2763.4 hab. /Km², possui cerca de 22000 habitantes residentes, sendo por isso, considerada uma freguesia predominantemente urbana.

De acordo com o diagnóstico da Rede Social de Gondomar, 2758 habitantes (12,5%) não possuem nenhum nível de ensino, registando 4,3% de residentes analfabetos.

Segundo informações cedidas pela Comissão Local de Acompanhamento - CLA de Gondomar, em Junho de 2003, Fânzeres possuía 695 beneficiários do RMG (Rendimento Mínimo Garantido), o que representa 10,8% da sua população.

Da totalidade dos desempregados inscritos, 51% são de longa de duração, isto é, estão inscritos há mais de um ano, têm idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos e possuem na sua maioria o primeiro ciclo do ensino básico.

3.2 Caracterização da instituição Escolar:

O Agrupamento de Escolas de Sta. Bárbara – Fânzeres, criado em 21 de Julho de 2003, o Agrupamento Vertical de Escolas de Santa Bárbara, tem como escola sede a E.B. 2,3 de Fânzeres (Portaria nº 907/83 de 1 de Outubro).

O Agrupamento engloba os seguintes estabelecimentos:

- Jardim-de-infância de Santa Bárbara
- Jardim-de-infância e Escola Básica do 1º ciclo de Bela Vista
- Jardim-de-infância e Escola Básica do 1º ciclo de Montezelo
- Jardim-de-infância e Escola Básica do 1º ciclo de Santa Eulália
- Escola Básica do 1º ciclo de Alvarinha
- Escola Básica do 1º ciclo de Bela Vista
- Escola Básica do 1º ciclo de Paço
- Escola Básica do 2º e 3º ciclos de Fânzeres

Recursos físicos :

Constituído por seis estabelecimentos de ensino, abrangendo alunos desde o pré-escolar ao 3º ciclo, o Agrupamento conta com os seguintes equipamentos:

A nível do pré-escolar e 1º ciclo:

- Cantina -6
- Ginásio / polivalente -6
- Biblioteca / centro de recursos – 6
- Recreio / Campo de jogos -6

Na escola sede

- Sala de Informática -3
- Auditório Multimédia
- Biblioteca / Centro de Recursos
- Sala de Educação Musical

Laboratórios (Ciências e Físico-Química)

- Laboratório de Fotografia
- Salas de Educação Visual, Educação Tecnológica e Educação Visual e Tecnológica
- Gabinetes de Atendimento de Encarregados de Educação

- Gabinete de Psicologia
- Sala de Apoio Educativo
- Gabinete de Trabalho de Direcção de Turma
- Reprografia
- Pavilhão Gimnodesportivo
- Estúdio de Rádio
- Cantina
- Bufete
- Papelaria
- Serviço de guarda e protecção de bens (Cacifos)

Recursos Humanos:

O corpo docente e não docente poderá ser verificado no Projecto Educativo em anexo.

Corpo Discente:

A maioria dos alunos do Agrupamento é oriunda de contextos familiares fragilizados, com condições de subsistência muito precárias, verificando-se que 41.61 % (dados de Setembro 07) beneficiam do subsídio atribuído pela Acção Social Escolar, com habilitações literárias baixas, prevalecendo algum analfabetismo, e pouca ou nenhuma formação/qualificação profissional - desempregados, revelando sinais visíveis de desencorajamento e desinteresse pelo trabalho.

São famílias marcadas pelo fenómeno da exclusão sob várias perspectivas, sem acesso a bens e serviços fundamentais, sem qualquer tipo de participação e poder, ocupando um lugar na sociedade bastante desvalorizado socialmente, que provêm de estratos sociais muito baixos, tendo normalmente crescido e vivido em circuitos de marginalidade, em que a escola, a formação profissional, o emprego, os horários e as regras de conduta não existem, ou são ténues e que passarão para as crianças, de geração em geração.

3.3 Caracterização do aluno:

As informações aqui apresentadas foram conseguidas através da ficha de Anamnese (Anexo III), de conversas informais com a mãe e consulta do processo do aluno que está em posse da mãe.

O jovem em questão nasceu na Maternidade Júlio Dinis, em 1996.

A gravidez decorreu normalmente, sendo que nas últimas semanas a mãe teve de ser hospitalizada, por causa da presença de Diabetes.

O parto inicialmente seria normal, mas depois de largas horas em trabalho de parto, e como o bebé já estava em sofrimento decidiram partir para uma cesariana de emergência.

O desenvolvimento da criança foi normal até aos 3 meses, nessa altura a criança foi hospitalizada devido a uma bronquiolite por VSR+, tendo mais cinco internamentos até completar o ano de idade.

Ao completar o ano foi internado para realizar um estudo metabólico, onde efectuou vários exames para investigação, num primeiro estudo os resultados eram positivos, um ano mais tarde efectuou novamente o estudo e os resultados já eram negativos.

O desenvolvimento da criança foi normal, mas apresentava desde pequeno uma actividade excessiva para a idade, dormia sempre muito pouco, e o pouco que dormia era sempre sob uma grande agitação.

Aos 3 anos foi-lhe diagnosticado DHDA pelo Hospital Magalhães Lemos, e aconselhado pelo pediatra a frequentar o jardim-de-infância e natação para que pudesse exteriorizar toda a energia.

O Hospital enviou a criança para o Centro da Prelada para que fosse acompanhado individualmente por uma psicóloga e tivesse apoio pedagógico.

Em Janeiro de 2003 foi avaliado através da WISC-R (anexo IV) por uma psicóloga do Centro da Prelada, onde se concluiu que “...manifesta ansiedade e uma grande dificuldade para controlar os seus impulsos...”, “...apresenta comportamentos inadequados e de difícil controle...”, “... pode apresentar problemas de relacionamento com os pares em função da sua impulsividade e falta de controle...”.

Em Julho de 2003 foi apresentado um Relatório Final de Intervenção Psicológica (Anexo V) onde especificava o que foi trabalhado e onde referia os aspectos que deveriam ser trabalhados no ano lectivo seguinte.

Tendo em conta a avaliação realizada à criança, foi proposta uma intervenção psicoterapêutica (anexo VI), que deveria incidir nos seguintes aspectos: “... aumentar a capacidade de atenção e concentração...”, “... aumentar o grau de insistência na execução das tarefas...”, “...esbater comportamentos inadequados...” entre outros que poderão ser analisados no documento em anexo.

No entanto em Dezembro de 2003 a família recebeu uma carta onde referia que a criança em questão deixaria de usufruir de qualquer apoio que até então vinha a beneficiar. Apesar de a família ter colocado recurso ao Instituto de Solidariedade Social do distrito do Porto (anexo VII) o jovem em questão não teve, a partir de Dezembro de 2003 qualquer tipo de apoio relacionado com a problemática que apresentava.

Uma vez que sempre apresentou muitas dificuldades principalmente ao nível da leitura e da escrita, a professora do ensino básico chegou a suspeitar que existisse uma comorbilidade com Dislexia, no entanto as suspeitas não tiveram qualquer seguimento.

O jovem tem 2 vezes por ano uma consulta com uma Pedopsiquiatra no Hospital Santo António, onde apenas lhe é receitada a medicação (Ritalina) e pouco mais.

O aluno foi transitando de ano para ano com relativamente boas notas (Anexo VIII) devido a um esforço acrescido por parte da família, uma vez que não conta com qualquer tipo de apoio extra.

Parte III- Parte Prática

1 INQUÉRITO REALIZADO AO JOVEM

Foi pedido à directora de turma que apresentasse um inquérito (ver anexo IX) com algumas questões muito simples acerca da leitura, numa aula de Formação Cívica.

Uma vez que a Área de Projecto dava especial enfoque ao Plano Nacional de Leitura, com o inquérito tentamos perceber:

1. relativamente ao jovem em estudo:

- Se gosta de ler ou não, e o porquê;
- Quais são os temas que mais o cativam;
- Quando lê um livro o que o leva a fazê-lo;
- O que é que ele acha da sua leitura;

2. relativamente à professora:

- fazer um levantamento da opinião global dos alunos acerca da leitura e discuti-lo com a professora;
- Perceber se as estratégias utilizadas estão a resultar ou não;

3. relativamente à turma:

- Perceber a opinião global dos alunos acerca da leitura;

No entanto após o preenchimento do inquérito por parte do aluno em estudo, pudemos perceber que respondeu às perguntas para que não tivesse que as justificar, por exemplo, na pergunta 2 o jovem tinha respondido SIM mas como a seguir tinha de justificar, riscou a opção anterior e colocou Não.

Percebeu-se que este foi o critério de escolha das respostas, o que pensamos não corresponder à verdade dos factos, uma vez que com conversas anteriores se conseguiu perceber por exemplo que a mãe tinha o hábito de ler e comprar histórias quando este era mais pequeno, que acha que a leitura dele é má porque é muito lenta e sem entoação e só lê em público quando é solicitado pela professora, nunca partindo da sua iniciativa.

Em seguida podemos perceber quais foram as respostas dadas pela turma ao inquérito.

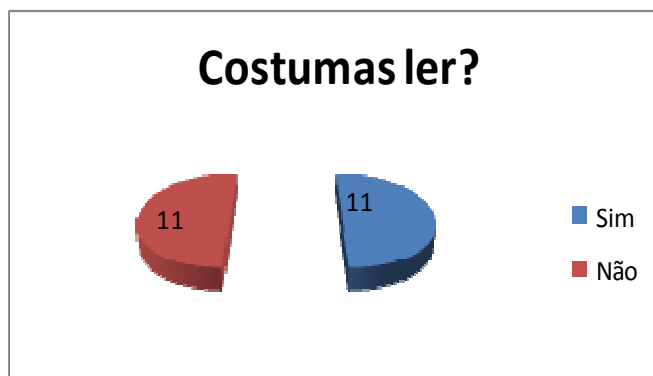


Gráfico 1: Gosto pela leitura

No que diz respeito à questão “Costumas ler?” podemos verificar que o aluno em estudo respondeu *NÃO* e que em comparação, 50% da turma respondeu que sim e 50% da turma respondeu que não.

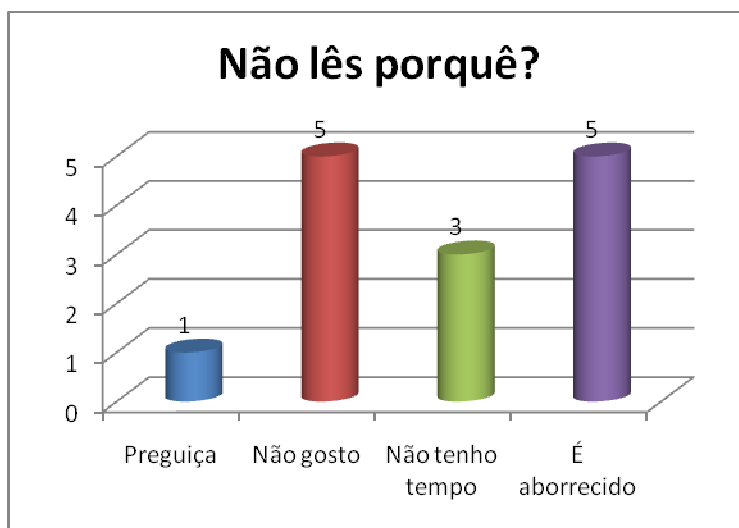


Gráfico 2: Justificações da não leitura

Quando tiveram de justificar a opção *NÃO*, o aluno em estudo respondeu que “o tempo não chega e que era maçante”. As respostas do resto da turma foram

variadas, desde tenho preguiça (1aluno), não gosto (5 alunos), não tenho tempo (3 alunos) e é aborrecido (5 alunos).

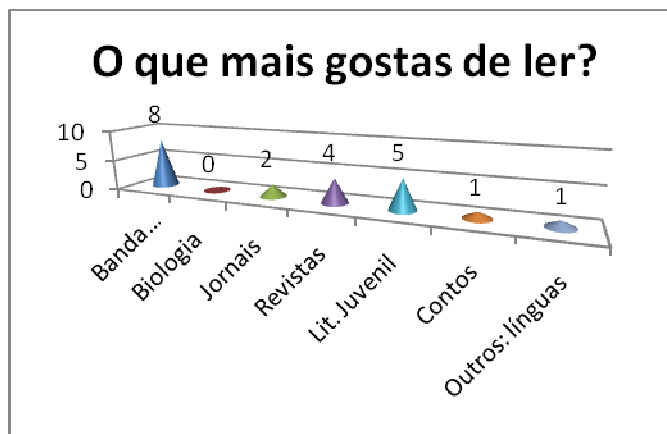


Gráfico 3: Livros que mais gostam de ler

Quando foi perguntado aos alunos que responderam que gostavam de ler o que é que eles mais gostavam, as opiniões também foram diversificadas, sendo que as mais escolhidas foram a banda desenhada (8 alunos), revistas (4 alunos) e literatura juvenil (5 alunos). Que respondeu o sujeito do estudo de caso?

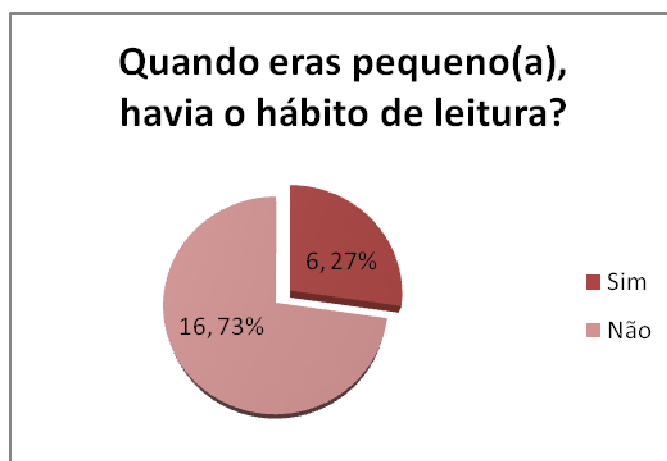


Gráfico 4: Se existiram hábitos de leitura na infância

Relativamente aos hábitos de leitura na infância, pudemos perceber que o aluno em questão respondeu que não teve hábitos de leitura em casa, no entanto

através de conversas com mãe pudemos perceber que esta lhe lia histórias até entrar para a escola primária. Em comparação, a turma na grande maioria (73% dos alunos), referiram não terem usufruído de hábitos de leitura quando eram mais pequenos.

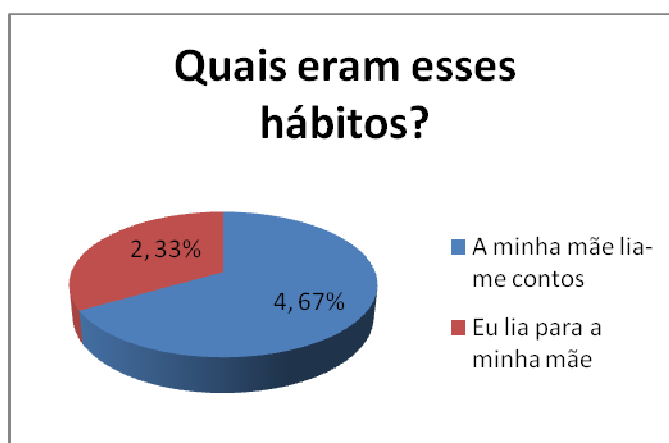


Gráfico 5: Quais os hábitos de leitura na infância

Dos 27% dos alunos que referiram, na questão anterior, que na infância tinham hábitos de leitura, a maioria mencionou que era a mãe que lhes lia contos.

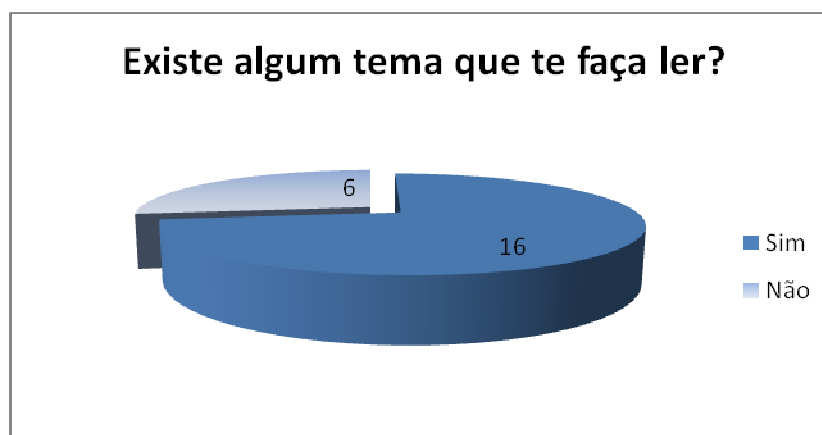


Gráfico 6: Se existe algum tema que motive a leitura

Nesta pergunta o aluno em questão respondeu que não existe nenhum tema que o faça ler. No que se refere à turma, conseguimos perceber através das respostas dadas, que uma grande maioria dos alunos tem algum tema preferencial que os motive a ler, sendo que como podemos comprovar no gráfico seguinte os temas de eleição são Ciências (7 alunos) e Desporto (6 alunos).

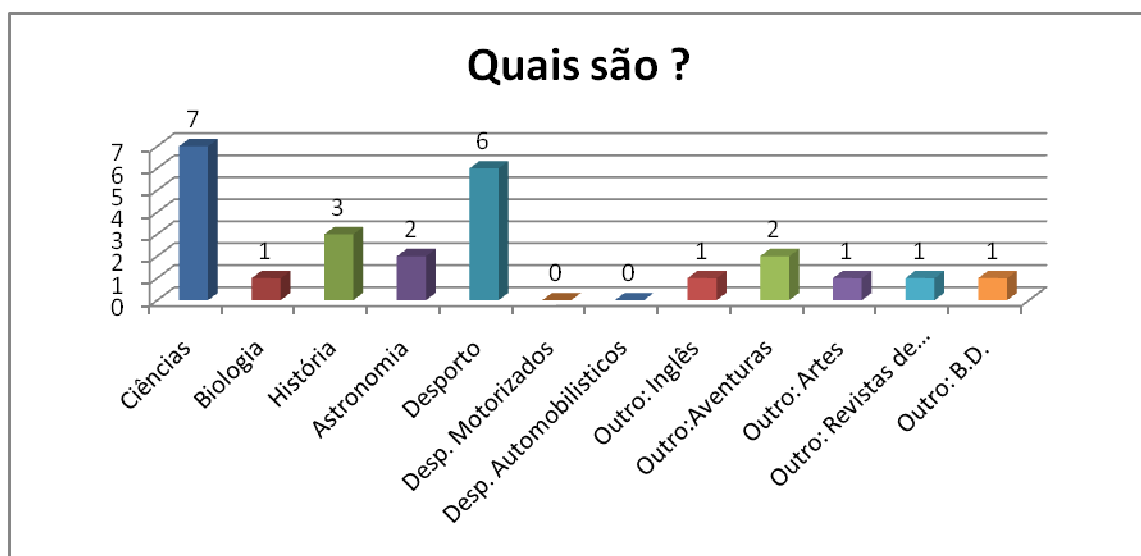


Gráfico 7: Os temas que mais lêem

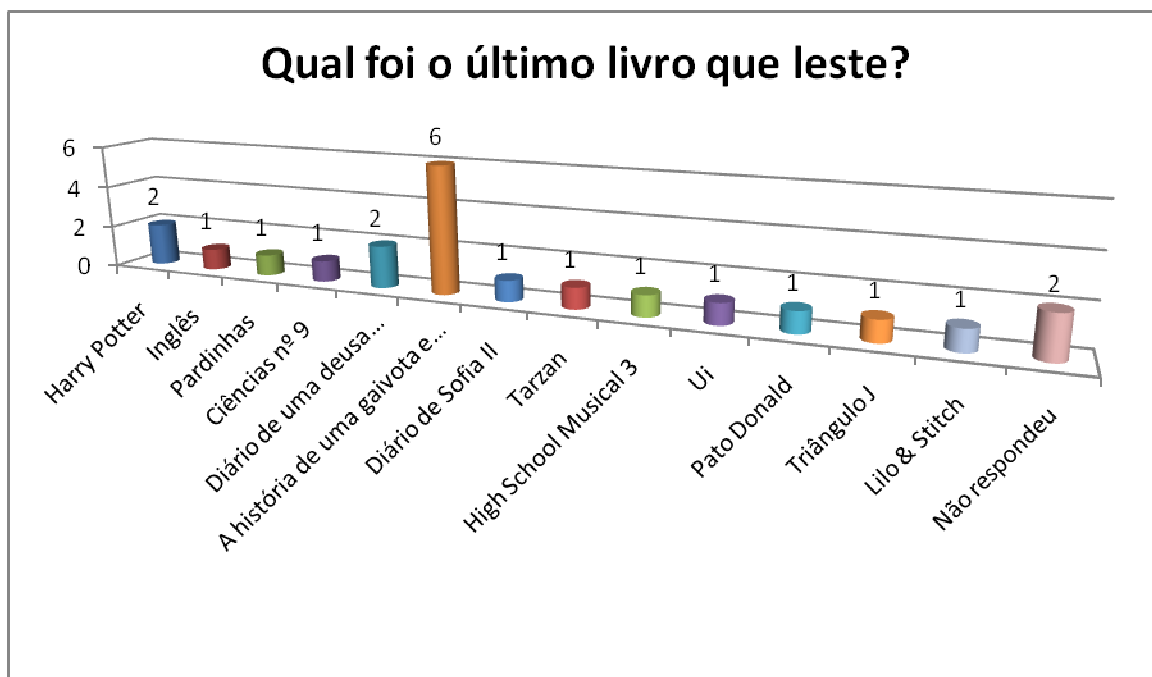


Gráfico 8: O último livro que leram

Através da análise do gráfico pudemos perceber que a escolha dos livros que leram é muito diversificada, mas o livro que mais foi lido “A história de uma gaivota e do gato que a ensinou a voar” foi o que era de leitura obrigatória para a aula de Português, imposto pela escola. E foi também esta a resposta do aluno em estudo.

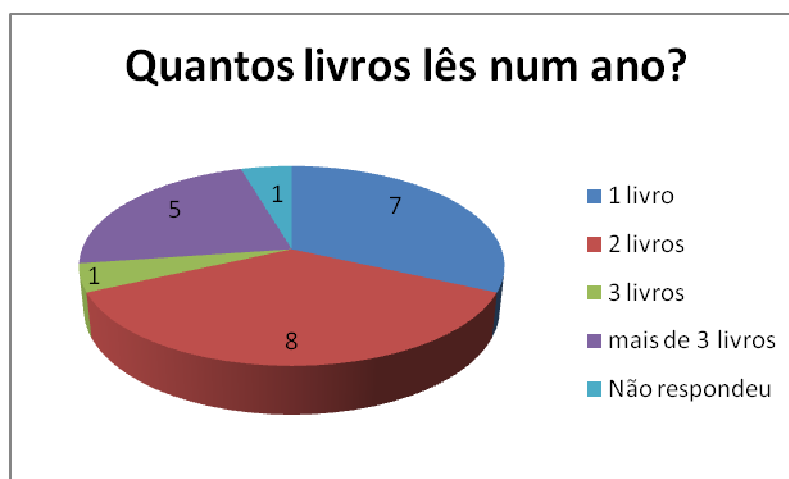


Gráfico 9: A quantidade de livros que lê num ano

Segundo os dados recolhidos através de um artigo realizado pelo Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação *podemos perceber que “mais de metade (63%) dos alunos do 3º ciclo leu menos de 20 livros (excluindo os livros escolares) ao longo da sua vida. No último ano 13% não leram nenhum e 48% dos alunos referiram ter lido entre um a três livros. Na última semana, 2/3 tinham lido jornais e revistas, 47% tinham lido livros escolares e 27% tinham lido livros não escolares”*, logo o número de livros que estes alunos lêem durante um ano está de acordo com o estudo feito, uma vez que 7 alunos lêem 1 livro, 8 alunos respondeu que liam dois livros por ano e 5 liam mais de três livros por ano. O aluno em questão respondeu que lia dois livros por ano. Através de conversas informais descobrimos que os dois livros que leu foram: “O Cavaleiro da Dinamarca” e “A História da Gaivota e do Gato que a ensinou a voar” (ambos integrantes do seu plano de estudos e por isso, obrigatórios)

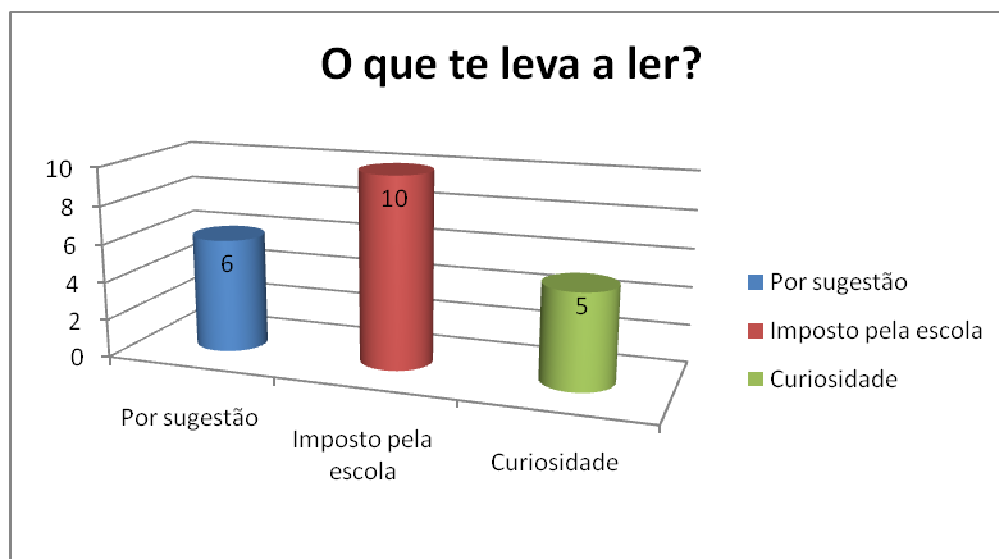


Gráfico 10: Motivação para a leitura

O aluno em estudo, à questão “Quando lê um livro, o que te leva a fazê-lo” respondeu que só lia os livros impostos pela escola, sendo que a maior parte da turma (10 alunos) também deu a mesma resposta, sendo que 6 alunos disseram que liam

livros sugeridos e 5 alunos referiram que a curiosidade era o factor preponderante para a escolha dos livros.

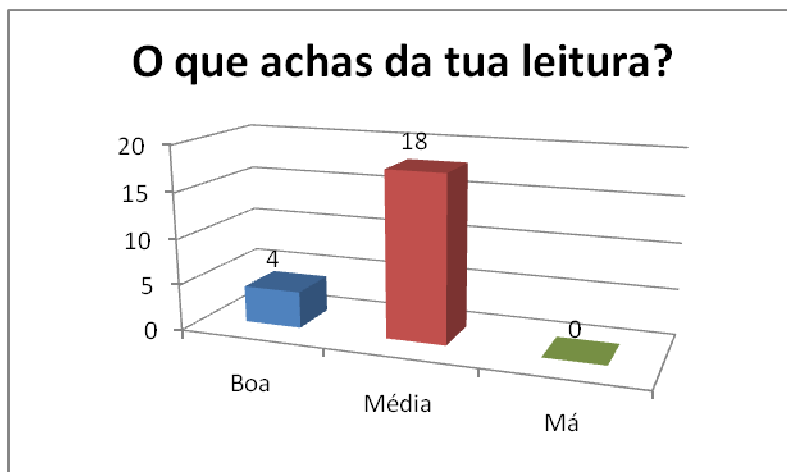


Gráfico 11: Qualidade da leitura

A maior parte dos alunos refere que têm um nível médio de leitura, bem como o aluno em estudo, sendo que somente 4 alunos acham que a sua leitura é boa. No entanto através dos gráficos seguintes pudemos perceber que existem alguns alunos que não se sentem à-vontade para ler em público e que as principais razões são a vergonha e o medo de serem gozados. O aluno em estudo respondeu que se sentia à vontade para ler em público mas não é o que se comprova na realidade, uma vez que a professora de Português referiu que o aluno nunca toma a iniciativa para ler.



Gráfico 12: O à-vontade para ler

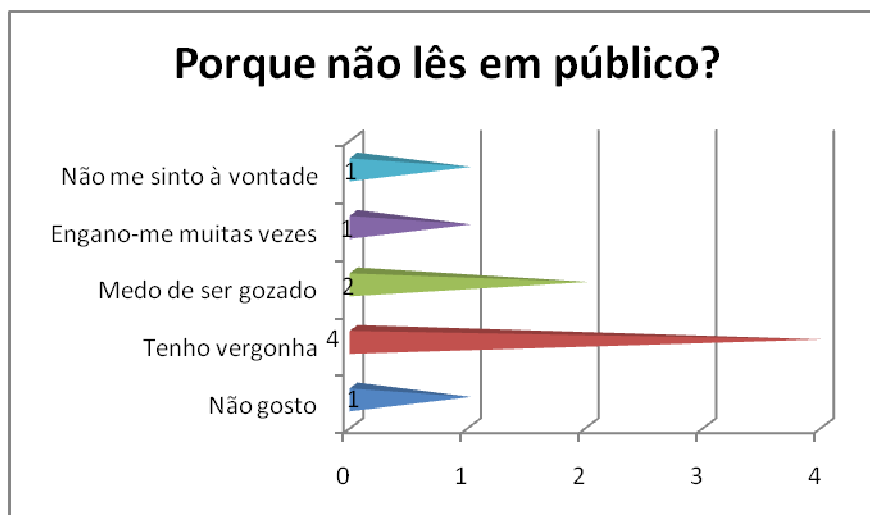


Gráfico 13: Justificação para não ler em público

O que podemos perceber através da análise destes dados é que as respostas dadas pelo jovem em estudo não são muito diferentes dos seus pares, ou seja, o que se verifica neste caso específico é uma desmotivação geral desta turma em particular.

O que convém salientar é que apesar das características específicas deste jovem com DHDA e da sua desmotivação e desinteresse pela leitura e pela escrita, podemos referir que as estratégias que já foram descritas anteriormente deveriam ser aplicadas na turma, uma vez que todos beneficiariam delas para promover o sucesso escolar na leitura e na escrita.

2 ESCALA DE AVALIAÇÃO ADHD RATING SCALE – IV: PAIS E PROFESSORES

2.1 Análise dos dados preenchidos pelos pais:

Foi pedido à mãe que preenchesse a escala, para tentar perceber quais os comportamentos que o jovem apresentava em casa (ver anexo I).

Foi referido que no dia-a-dia o jovem toma um comprimido 30mg de Ritalina de manhã quando acorda, para que o efeito ocorra quando está nas aulas. Quando regressa das aulas por volta da 13:30h o efeito do comprimido já não é tão evidente, e à medida que o dia decorre, o comportamento do jovem vai-se modificando.

É de referir que o jovem não toma a medicação aos fins-de-semana, feriados ou férias, ou seja, em dias não lectivos, o que faz com que o comportamento que apresenta seja um pouco agravado em casa por este aspecto.

É também importante referir que os itens ímpares (1,3,5,7,9,11,13, 15,17) avaliam os comportamentos relacionados com a desatenção e os restantes itens (2,4,6,8,10,1,14,16,18) avaliam os comportamentos hiperactivos e impulsivos.

Sendo assim no que diz respeito aos itens de desatenção os resultados são:

$$4+4+3+3+4+4+3+4+3= 32/9 = 3,5$$

Os autores da escala referem que se o valor ultrapassar 1,78 então será considerado uma criança com comportamentos de desatenção, como o resultado ultrapassa largamente o valor estipulado será fundamental intervir imediatamente.

No que diz respeito aos itens de impulsividade/ hiperactividade os resultados são:

$$3+3+2+4+3+3+3+4+3= 28/9 = 3,1$$

Os autores da escala referem que se o valor ultrapassar 1,44 será considerada uma criança com comportamentos impulsivos e hiperactivos, tal como os resultados de desatenção ultrapassam os valores, deverá ser solicitado um acompanhamento individualizado.

2.2 Análise dos dados preenchidos pelos professores:

Foi pedido aos professores do jovem que efectuassem o preenchimento da escala com os comportamentos observáveis na sala de aula.

Na sua grande maioria (6 professores) assinalaram que o comportamento do jovem da sala de aula não se enquadrava em nenhuns dos parâmetros estabelecidos na escala de avaliação, ou seja, responderam que o aluno raramente ou nunca apresenta os comportamentos que aparecem descritos na avaliação.

Existiram porém algumas excepções, tais como a professora de Matemática e a professora de Geografia admitem que o jovem algumas vezes não presta atenção à detalhes ou é descuidado com os trabalhos escolares, parece que não houve quando se lhe fala directamente e distrai-se facilmente.

No entanto a professora de História assinala que dos 9 itens relativos à desatenção o aluno apresenta 5 deles, nomeadamente aos itens 1, 5, 9, 11, 17.

A professora de Português referiu que dos 9 itens relacionados com a desatenção o aluno apresentava todos, excepto o item que menciona o perder coisas necessárias para as suas actividades académicas.

Quando os professores receberam a escala para preencher tiveram dificuldade em identificar qual era o jovem em questão, pois muitos deles disseram que “*mas ele é hiperactivo? Nas aulas é sempre tão sossegado e quietinho, é sim um bocado distraído e parece estar sempre no mundo da lua, mas não é irrequieto... nem mal-educado*”

Pudemos perceber através da avaliação efectuada pelos professores que este jovem era predominantemente desatento e não tanto hiperactivo, não relacionando este aspecto ao DHDA, Sem esquecer o facto de que neste período observado pelos professores está sob o efeito imediato da medicação.

3 ENTREVISTA À PROFESSORA DE PORTUGUÊS:

Achou-se pertinente realizar uma entrevista à professora de Português (Anexo X) tendo em conta os resultados que apresentou na avaliação Escala de Avaliação ADHD Rating Scale – IV, uma vez que assinalou todos os itens de desatenção presentes na tabela.

Sendo assim na resposta à 1ª pergunta da entrevista “**Como caracterizaria o P. na sua aula?**” a professora referiu que era “...*muito sossegado, muito pacífico, muito quieto, nem sempre atento, com atenção dispersa, ...acompanha qualquer actividade que nós fazemos, às vezes, o que notamos é que a atenção se dispersa, temos de o chamar muitas vezes à atenção, indicar com o dedo a página, ou pedir para passar para o caderno alguma coisa... é um aluno nada problemático, o grande problema é a grande falta de participação e concentração*”. Como se pode perceber através da professora, actualmente continua a julgar-se a hiperactividade como a característica principal do DHDA, hoje em dia sabe-se que não é bem assim, existindo segundo o DSM-IV (2002), três tipos de DHDA: predominantemente desatento, predominantemente hiperactivo - impulsivo e misto.

Na resposta à pergunta “**Que comportamentos adopta?**” a professora refere que “*o aluno é muito calmo, não conversa com os colegas, mesmo em situação de grupo ou trabalho de pares não é muito extrovertido mas acompanha mais ou menos a actividade chamando sempre a atenção para se manter mais concentrado e para realizar mais no ritmo da aula*”. Como já foi referido anteriormente as crianças com DHDA têm muitas dificuldades em integrar-se socialmente e o relacionamento com os pares é sempre muito complicado devido às suas características muito próprias.

Relativamente à questão “**É participativo?**” a professora refere “*muito pouco, ...a participação espontânea o P. não tem, não se oferece, nunca ou muito raramente para responder, para ler ou para ir ao quadro*”.

Na questão “**Toma iniciativa para ler?**” a professora respondeu que “*para ler não, mas lê, não se nega a ler, não se recusa...*”.

Tendo em conta a pergunta **“Quais são as principais dificuldades que o P. apresenta a nível da leitura?”** a professora menciona que *“...algumas hesitações a nível de entoação, pontuação e de expressividade...”*.

Relativamente à questão **“Quais são as principais dificuldades que o P. apresenta a nível da escrita?”** a professora indica que *“...dificuldades ortográficas, o erro ortográfico, não é propriamente a construção frásica nem tanto a pobreza de vocabulário mas o erro ortográfico...”*.

Na questão **“Acha que o P. é um aluno motivado para a leitura?”** a professora indica que *“ não , por iniciativa própria não...”*.

Na questão **“Tendo em conta o diagnóstico do P. utiliza estratégias específicas para promover nele o gosto pela leitura?”** a professora referiu que *“...não utilizo estratégias específicas para um aluno mas sim, para o grande grupo...”*.

Relativamente à questão **“Que tipo de estratégias utiliza?”** a professora disse que *“utilizei vídeos com desenhos animados da história da gaivota que resultaram muito bem para despertar o interesse para a leitura, ... mini-fichas com pequenas questões com pistas para o desenvolvimento da história, analisar gramaticalmente acho que é algo que os motiva, ...que pesquisassem um poema ao gosto deles e o ilustrassem...”*. A utilização de meios audiovisuais é sempre uma técnica muito utilizada e que tem muito bons resultados no que diz respeito à motivação, como já foi referido anteriormente.

Na questão **“Na sua opinião o que deveria ser feito para ajudar melhor o P.?”** a professora referiu que *“continuar com as leituras...ler muito...”*. Tal como é referido anteriormente, existem duas técnicas que apesar de não serem muito utilizadas poderão ser uma mais-valia para as crianças e jovens com dificuldades na leitura e na escrita, ou seja, a soletração e as leituras repetidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Este trabalho consistia fundamentalmente em perceber quais as estratégias que melhor poderiam ser utilizadas para minorar os problemas na leitura e na escrita de uma criança com DHDA. Para isso, tentamos perceber e comparar também, qual o comportamento manifestado neste domínio pelos seus pares.

O que conseguimos observar foi que, no grupo de pares do jovem em questão, existia o mesmo tipo de desmotivação que havíamos verificado neste. Sendo assim, parece-nos que as estratégias a utilizar para a promoção da leitura e da escrita, deverão ser extensíveis, não só ao jovem com ADHD, mas a todos os alunos da turma onde se encontra.

Como tal consideramos que, neste caso, poderá ser benéfico para a turma em geral ter uma criança com NEE, mais propriamente com DHDA, na sala de aula, visto todos poderem usufruir das estratégias postas em prática.

Preocupa-nos mais esta questão, quando observamos e investigamos crianças com ADHD. Como estas não são elegíveis para o apoio do ensino especial através do actual Decreto-lei 3/2008, ficando assim à responsabilidade apenas dos professores titulares, tentamos perceber que tipo de estratégias eram utilizadas para motivar estes alunos, mais do que os outros.

Ao pensar na intervenção em crianças com DHDA temos de olhá-las de forma individual e atendendo a cada caso. Nas situações de disfunção ou dano neurológico, pode ser necessária a administração de fármacos, mas do ponto de vista educativo será sempre necessária a intervenção psicopedagógica. Neste estudo parece-nos existir uma lacuna que se consubstancia na afirmação dos professores “*não temos tempo com tanta burocracia, o currículo é extenso e não temos tantas oportunidades como gostaríamos, para utilizar estratégias motivadoras*”. Este facto, em si só, já nos parece, sintomático de todo um quadro deficitário e que exige que lancemos mão de um conjunto de estratégias para promover e potenciar as competências fundamentais da leitura e da escrita.

Entendemos que como estas crianças têm características tão específicas e que as suas dificuldades necessitam de ser cada vez mais levadas em conta e não ignoradas, como se tem verificado ao longo dos tempos, o professor é uma peça fundamental. Logo, na identificação do problema, na avaliação e intervenção de programas que minimizem os comportamentos desajustados e aumentem a frequência dos adaptados, os professores, apesar de nem sempre terem a formação para o fazer, devem ter o máximo de cuidado para não deixar estas crianças caírem no insucesso escolar.

Podemos perceber, que no que se refere à leitura, esta é uma actividade cognitiva muito complexa, que envolve numerosos componentes básicos e que pressupõe o recurso a mecanismos de decifração/descodificação, mas também a compreensão do conteúdo expresso no texto, o que determina o seu uso como um instrumento para aprender.

Não basta identificar as palavras, é preciso atribuir-lhes sentido, compreender, interpretar, relacionar e reter o que for mais relevante.

Por tudo isto, ler é uma das competências mais importantes dentre as que são trabalhadas com o aluno, o que se tornou particularmente evidente após os recentes estudos sobre literacia que revelam um grande défice em compreensão na leitura na população portuguesa (GAVE, 2001).

Sendo assim achamos muito pertinentes algumas das questões que foram colocadas no decurso da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Leitura na Europa, que decorreu na cidade de Mainz, em Abril de 2004, para reflectirmos sobre este tema:

- *Como facultar às crianças e jovens o gosto pela leitura? Quando é que esse gosto deve ser promovido e incentivado, sabendo-se hoje que é através do gosto pela leitura que se adquirem competências que farão dessas crianças e jovens cidadãos socialmente mais integrados e culturalmente mais ricos?*
- *Quais as medidas de promoção da leitura preferidas pelos professores e quais são aquelas que sabemos resultarem?*
- *Será que os manuais escolares e as obras adoptadas para leitura obrigatória no Ensino Básico e Secundário promovem a leitura? Estarão adaptados aos interesses das crianças e jovens?*

Sentimos que o desafio é grande, pois exige uma mudança de atitude de toda a Comunidade Educativa e o professor será o grande promotor para que haja sucesso e sejam eliminadas as atitudes discriminatórias, sentimentos de culpabilização e aumentem comportamentos de solidariedade e inter-ajuda.

“Não se ensina à criança o que é ler, porque a leitura não é um saber mas sim uma prática. Portanto é lendo que a criança aprende a ler”

J.J. Barbosa

5 BIBLIOGRAFIA:

- APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*, Washington, DC, 1994;
- BARKLEY, Russell A., *Transtorno de deficit de atenção*, Porto Alegre, ARTMED Editora, 2002;
- BAUTISTA, Rafael, *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa, Dinalivro, 1997;
- BELL, Judith, *Como realizar um projecto de investigação*, Lisboa, Ed. Gradiva, 2008;
- BOGDAN, R; BIKLEN, S., *Investigação Qualitativa em Educação*, Porto, Porto Editora, 1994;
- FALARDEAU, Guy, *As Crianças Hiperactivas*, Mem Martins, Edições CETOP, 1999;
- GARCIA, Inmaculada M., *Hiperactividade*, Amadora, McGraw-hill, 2001;
- GAVE, *Resultados do estudo internacional PISA 2000: Programme for International Student Assessment*. Lisboa: Ministério da Educação/Gabinete de Avaliação Educacional, 2001;
- LAGES, M., LIZ, C., ANTÓNIO, J., CORREIA, T., *Os estudantes e a leitura*, Lisboa, Editorial do Ministério da Educação, 2007;
- LOPES, João A., *A Hiperactividade*, Coimbra, Quarteto, 2003;
- LOPES, João A. L., *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em contexto de sala de aula*, Braga, Universidade do Minho, 1998;

- MARTINS, M^a da Esperança de Oliveira, SÁ, Cristina Manuela Branco Fernandes de, *As crianças e a leitura na pós modernidade: contributo dos manuais escolares de Língua Portuguesa do 1º Ciclo*, <http://www.casadaleitura.org> disponível em 20/06/2009;
- MARTINS, M^a da Esperança de Oliveira, SÁ, Cristina Manuela Branco Fernandes de, *Ser leitor no Século XXI – Importância da compreensão na leitura para o exercício pleno de uma cidadania responsável e activa*, <http://www.casadaleitura.org> disponível em 15/06/2009;
- PARKER, Harvey C., *Desordem por défice de atenção e Hiperactividade*, Porto, Porto Editora, 2003;
- PENNINGTON, Bruce F., *Diagnóstico de Distúrbios de Aprendizagem*, São Paulo, Editora Pioneira, 1997;
- PEREIRA, Luísa Álvares, *Escrever com as crianças - como fazer bons leitores e escritores*, Porto, Porto Editora, 2008
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, LucVan, *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Ed. Gradiva, 1998;
- RIEF, S. e HEIMBURGE, J., *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva Volume II*, Porto, Porto Editora, 2000;
- SCHWEISER, C. e PREKOP, J., *Crianças Hiperactivas*, Porto, Ambar, 2001;
- SOLÉ, Isabel, *Estratégias de Leitura*, Porto Alegre, ARTMED, 1998;
- TAVARES, António H., *A motivação na escola activa*, Lisboa, Didáctica Editora, 1979

Anexos:

***Anexo I: Escala de Avaliação: ADHD Rating
Scale-IV***

Anexo II: Projecto Educativo

Anexo III: Anamnese

Anexo IV: Relatório de avaliação Psicológica

WISC

Anexo V: Relatório final de intervenção
Psicológica

Anexo VI: Proposta de Intervenção Psicológica

Anexo VII: Recurso de Apoio Educativo

Anexo VIII: Registos de avaliação

Anexo IX: Inquérito realizado ao jovem / turma

***Anexo X: Inquérito realizado à professora de
Português***
