

Escola Superior de Educação Paula Frassinetti

Pós-Graduação em Educação Especial

**A Musicoterapia como promotora da
atenção na PHDA**

Mariana Vitória Almeida Machado

Porto

2009/2010

Escola Superior de Educação Paula Frassinetti

Pós-Graduação em Educação Especial

A Musicoterapia como promotora da atenção na PHDA

Mariana Vitória Almeida Machado

Orientadora: Mestre Maria Isabel Santo de Miranda Cunha

*Trabalho realizado no âmbito do Projecto Final de Investigação da
Pós-Graduação em Educação Especial*

Porto

2009/2010

AGRADECIMENTOS

Nesta etapa final da Pós-Graduação em Educação Especial, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que, de certa forma, me acompanharam ao longo deste ano lectivo vivendo comigo momentos de alegria e de troca de experiências.

Em primeiro lugar, agradeço à minha família que me incentivou a dar este passo importante e que tolerou a minha ausência para que eu pudesse dedicar-me a este projecto. O carinho e o apoio que prestaram acreditando que eu seria capaz de o concretizar foram essenciais.

Estou grata aos meus amigos que sempre apoiaram as minhas iniciativas, crenças de que todas elas são benéficas para mim, e me acompanharam mais uma vez.

Devo um especial agradecimento à “Maria” por ter sido o principal motivo da elaboração desta investigação, e também, à escola na qual está inserida por me terem recebido de forma afável.

Agradeço também à minha turma da Pós-graduação pelos momentos de alegria, camaradagem e de saberes que partilhámos ao longo destes meses, acreditando que todos teremos um papel fundamental nesta área num futuro próximo.

Resta-me agradecer aos professores da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti por toda a sabedoria transmitida e, em especial, à Mestre Maria Isabel Cunha por toda a disponibilidade e paciência demonstradas durante a orientação deste projecto.

Título: A influência da Musicoterapia na atenção da criança PHDA

Autor: Mariana Vitória Almeida Machado

Data: 28 de Setembro de 2010

Orientadora: Mestre Maria Isabel Santo de Miranda Cunha

Apresentação pública
Palavras – chave:

Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), Criança com PHDA, Atenção, Comportamento, Intervenção, Musicoterapia.

Resumo:
(máximo 150
palavras)

O trabalho que se segue tem como objectivo conhecer a influência da musicoterapia numa criança com hiperactividade.

Através de uma revisão teórica acerca da perturbação e da terapia, optou-se pela metodologia de estudo de caso. Partindo do conhecimento da criança, assentado na sua caracterização e nos contextos em que se insere, e ainda, através da sua observação na sala de aula.

Torna-se importante ter a noção de alternativas que possam intervir de forma eficaz no processo de ensino - aprendizagem e na modelação de comportamentos.

Assim será facilitada a intervenção dos profissionais com alunos com esta síndrome, o que poderá diminuir o seu défice de atenção, realizando sessões de musicoterapia em concreto.

Pretende-se ainda demonstrar que é necessária a intervenção de todos, pais, professores e educadores para encontrar uma solução para diminuir as atitudes “indesejadas” inerentes à PHDA.

Abstract (facultativo)

Conteúdo

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
2. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)	9
2.1 Enquadramento Histórico – Conceptual	9
2.2 Dimensões essenciais da PHDA.....	12
2.2.1 Défice de Atenção	12
2.2.2 Impulsividade	15
2.2.3 Hiperactividade	17
2.3 Causas da PHDA.....	19
2.3.1 Desenvolvimento cerebral e lesões cerebrais.....	19
2.3.2 Factores ambientais e hereditariedade	20
2.4 Implicações Psico-Pedagógicas	21
2.4.1 Desenvolvimento Cognitivo	21
2.4.2 Socialização.....	23
2.5 Modelos de Intervenção	25
2.5.1 Estratégias de intervenção na sala de aula.....	25
2.5.2 Estratégias de intervenção parental	27
3. A Musicoterapia.....	28
3.1 Breve introdução ao conceito de música.....	28
3.2 Definição de Musicoterapia.....	29
3.3 A musicoterapia e a PHDA: implicações psico-pedagógicas	31
CAPÍTULO III: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
CAPÍTULO IV: COMPONENTE EMPÍRICA.....	36
4. Caracterização da realidade pedagógica	36
4.1 Caracterização do meio	36
4.2 Caracterização da escola	37
4.3 Caracterização da turma.....	40
4.4 Caracterização da aluna/família	41
CAPÍTULO V: DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS	47
5.1 Avaliação das áreas em observação	48
5.1.1 Área Comportamental	48

5.1.2 Área do Desenvolvimento Social e Afetivo.....	51
5.1.3 Área do Desenvolvimento Cognitivo (Linguagem e Comunicação).....	53
5.2 Perfil Intra-Individual da aluna	54
CAPÍTULO VI - PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.....	57
“ Os pequenos compositores”	58
“ O espelho”	60
CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	71

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

Este trabalho realizado no âmbito do Projecto de Investigação na Pós-graduação em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor referente ao ano lectivo 2009/2010, pretende averiguar acerca da influência da musicoterapia na atenção de uma criança com hiperactividade. Esta investigação será orientada pela Mestre Maria Isabel Santo de Miranda Cunha, docente na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.

O interesse pela Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) foi essencial para a escolha do tema deste projecto de investigação, visto que se trata de uma patologia estudada por muitos, todavia é, até hoje, considerada difícil de definir ou compreender. A perturbação abordada é uma das mais problemáticas da infância e da adolescência, muito embora *“a investigação neste domínio se revista de inúmeras controvérsias que se iniciam imediatamente pela própria designação e definição do respectivo conceito”* (Lopes, 2003) que se apresenta com diferentes explicações teóricas consoante as diferentes denominações. Para além de se fazer referência a inúmeros aspectos relacionados com a PHDA, irá ser abordada a questão da implementação da musicoterapia nesta patologia, tendo em conta o seu aspecto lúdico como meio de ultrapassar as dificuldades inerentes à criança observada. Trata-se de uma terapia a ser utilizada em diversas escolas como intervenção educativa em crianças e jovens, estando a ser aplicada na instituição seleccionada para o projecto.

Estando já definido o objectivo principal desta pesquisa, é importante eleger os aspectos mais concretos que irão ser analisados para que haja uma maior exactidão e consistência da mesma. Nesse sentido, a faixa etária na qual incide a pesquisa será numa criança do sexo feminino com 8 anos de idade, frequentadora do 1º Ciclo de Ensino Básico regular, na qual foi diagnosticada a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA). Nesta abordagem, é essencial conhecer as características, o comportamento adoptado e o contexto social e familiar nos quais a criança se insere de modo a ser facultada uma maior rigurosidade na análise comportamental da mesma. Tal facto deve-se à demonstração de diversas particularidades desde cedo, num grau que é desapropriado para a sua idade ou nível de desenvolvimento e numa variedade de situações que *“diminui a sua capacidade para prestar atenção, restringir os seus movimentos, inibir os seus impulsos e regular o seu comportamento em relação às*

regras, tempo e futuro” (Barkley, 1990). Assim sendo, foi realizada a observação da criança em questão dentro e fora da sala de aula, assim como, nas sessões de musicoterapia que frequenta. Para além desta técnica, optou-se pelo levantamento de dados fornecidos pelos professores e educadores da criança fornecendo mais pormenores acerca do seu desenvolvimento desde a sua entrada na instituição. Posteriormente, tornou-se possível avaliar a criança a nível do seu comportamento, socialização e comunicação contribuindo para a escolha da intervenção concebida, incidindo sobre a musicoterapia, concretamente.

Desta forma, o projecto dividir-se-á em sete capítulos. No primeiro capítulo, irá ser feita uma introdução acerca do tema da investigação e as suas principais linhas orientadoras. Seguidamente, irá ser realizado o enquadramento teórico no segundo capítulo, no qual se pode encontrar desde a evolução do conceito da perturbação até às causas da mesma; sem esquecer as principais características que a definem. Para além destes aspectos, far-se-á referência às implicações psico-pedagógicas desta problemática, incidindo sobre o desenvolvimento cognitivo e a socialização, assim como, aos modelos de intervenção a ter em conta na sala de aula e em casa. Ainda neste capítulo, irá ser feita alusão à musicoterapia assentando na sua definição, e também, à sua importância perante a PHDA tendo em conta o tema seleccionado. De seguida, irão ser apresentados os procedimentos metodológicos usados nesta investigação num terceiro capítulo que serve de ponte para a componente empírica, na qual é realizada a caracterização exhaustiva não só da escola, do meio envolvente mas ainda da Maria (nome fictício) como forma de conhecer pormenorizadamente o caso. Já no quinto capítulo, realiza-se a determinação das Necessidades Educativas Especiais, tendo em conta as áreas em observação (Comportamento, Desenvolvimento Social e Afectivo e Desenvolvimento Cognitivo), seguidas da construção do Perfil Intra-Individual da aluna observada. Posteriormente, serão planeadas duas propostas de intervenção baseadas nas áreas a serem trabalhadas, no sexto capítulo. Para finalizar, e num sétimo capítulo, serão tecidas as considerações finais acerca do projecto de investigação.

Pretende-se assim contribuir para uma maior ênfase e interesse em implementar a interdisciplinaridade na área da Educação Especial, tendo em conta a sua importância no tratamento e formação das crianças e jovens com hiperactividade, enquanto indivíduos exigentes de apoio diferenciado.

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)

Neste capítulo irá desenvolver-se o que concerne a evolução do conceito da Perturbação acima mencionada, assim como, as causas, as características, as implicações psico-pedagógicas e modelos de intervenção a adoptar. A musicoterapia é abordada aqui, posteriormente, como uma forma de intervir na patologia abordada tendo em conta a sua influência na manutenção da atenção.

2.1 Enquadramento Histórico – Conceptual

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é considerado um dos mais estudados e controversos distúrbios de desenvolvimento da infância e adolescência. A definição do respectivo conceito mereceu a devida atenção por parte de professores, educadores, psicólogos e médicos ao longo de décadas, apresentando diferentes explicações teóricas consoante inúmeras denominações.

Pelo facto de serem reconhecidas algumas características nas crianças com hiperactividade como agitação, irrequietude, imaturidade, desorganização, irresponsabilidade, problemas de aprendizagem, as mesmas merecem especial atenção em contexto escolar, visto como um espaço privilegiado na manifestação comportamental desta problemática.

Os primeiros estudos relativos a crianças agressivas e com problemas de controlo de impulsos teve início nos finais do século XIX, sendo considerada por Still (1902) como uma “*deficiência de controlo moral cujas crianças apresentam baixos níveis de atenção aliados a comportamentos agressivos*”. Este pediatra britânico considerou também que os problemas citados anteriormente estavam associados à desonestidade, crueldade e desobediência.

O interesse por esta problemática deve-se também ao surto de encefalite ocorrido nos anos de 1917-18, no sentido em que inúmeras crianças manifestaram deficiências a nível da atenção, da regulação da actividade e impulsividade. Ainda assim, surgiram outros problemas associados incluindo deficiências cognitivas, dificuldades de relacionamento interpessoal, comportamentos de desafio e de oposição e delinquência.

Posteriormente, as pesquisas realizadas por Bradley (1937) referentes aos efeitos terapêuticos das anfetaminas no tratamento dos problemas educativos e comportamentais e consequente efeito a nível cerebral, concretamente, levaram ao desenvolvimento da ideia da PHDA como uma lesão cerebral. Assim sendo, surgiu o termo Disfunção Cerebral Mínima como a primeira designação da problemática em questão.

Este termo aparece associado também a crianças com problemas de aprendizagem ou de comportamento que, por sua vez, advêm de “desvios funcionais” do Sistema Nervoso Central. Tais irregularidades interferiam a nível da cognição, da percepção, da linguagem, da memória, e ainda, do controlo da atenção.

Vários investigadores sugeriram que a primeira designação fosse considerada como uma “Síndrome Hiperactiva da Infância” (Chess, 1960) no sentido em que eram *“registadas actividades com maior rapidez/movimento do que em crianças normais.”*

Entretanto, no decorrer dos anos 70, verificou-se uma multiplicação de estudos sobre a PHDA que colaboraram para uma alteração referente ao seu conceito. Sendo assim, o exagero de actividade deixou de ser considerado como marca principal da síndrome, surgindo então o termo “Défice de Atenção”.

Nessa altura, eram aplicados “Testes de Realização Contínua” como medidas de atenção, dos quais se concluiu que o desempenho dos sujeitos diminuía à medida que não atingiam o êxito devendo ser recompensados, ao mesmo tempo que, apresentavam índices de impulsividade e de dependência (Campbell, Douglas & Morgenstern, 1971).

Este trabalho de Douglas influenciou fortemente a Associação Americana de Psiquiatria que, em 1980, introduziu a “Perturbação de Défice de Atenção” no DSMIII. Esta concepção via a perturbação abordada com três sintomas chave: desatenção, impulsividade e hiperactividade. Era exigido que os indivíduos fossem anormalmente desatentos e impulsivos, mas ser hiperactivo era opcional. Entretanto, novos estudos

concluía que muitas crianças apresentavam desatenção sem serem impulsivas, assim como, era raro que fossem anormalmente hiperactivas sem serem impulsivas.

Como consequência, continuaram a ser discutidas várias etiologias para a perturbação, nomeadamente assentes na existência de uma predisposição biológica para a ocorrência da mesma.

Segundo Zentall e Zentall (1983), *“as crianças com PHDA possuem baixos níveis de activação”* que podem explicar a razão pela qual as mesmas procuram uma estimulação constante perante a concretização de inúmeras tarefas. Por conseguinte, tal facto concerne a realização adequada das mesmas, ou seja, assenta nas funções executivas da criança. Estes processos englobam *“um planeamento, organização e a auto-regulação mediados pelas áreas pré-frontais do córtex cerebral”* (Barkley, 1990).

Para este último autor,

“ o défice de funções executivas das crianças PHDA é causado por uma hipofrontalidade funcional, a qual é, por sua vez, causada por alterações estruturais/bioquímicas nos lobos pré-frontais e é detectável pela redução do fluxo cerebral frontal.”

Tendo em conta os critérios do DSM-IV (1994) e a multiplicidade de investigações elaboradas até então defende-se que os sujeitos com hiperactividade apresentam estas particularidades desde cedo, num grau que é desapropriado para a sua idade ou nível de desenvolvimento. Os comportamentos surgem numa série de situações que *“diminui a sua capacidade para prestar atenção, restringir os seus movimentos, inibir os seus impulsos e regular o seu comportamento em relação às regras, tempo e futuro”* (Barkley, 2000).

Actualmente, ainda é feita uma constante reflexão acerca da etiologia e da adequada definição da PHDA, surgindo dúvidas acerca do quadro sintomático e das dimensões que abrangem esta patologia. Segundo o DSM-IV TR (2002), a perturbação consiste num *“padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade”* e pelo excesso de actividade, que constituem os principais traços da problemática em questão, considerando a observação sistemática das crianças um factor importante para registar o seu comportamento pelo que os professores e educadores são peças fundamentais no estudo da PHDA.

2.2 Dimensões essenciais da PHDA

Como já foi referido anteriormente, ao longo de vários estudos efectuados considera-se que os sujeitos com hiperactividade apresentam problemas significativos (1) de atenção, particularmente em situações em que se exige a sua manutenção prolongada, (2) de controlo dos impulsos (impulsividade) e de (3) agitação motora (hiperactividade).

Ao mesmo tempo, podem ser acrescentadas as dificuldades em seguir regras e instruções, assim como, a excessiva variabilidade de respostas às situações.

Subjacente a estas dificuldades, poderá estar um défice primário na inibição comportamental considerada uma função relevante para a construção pessoal e social do indivíduo.

Défice de Atenção

As crianças com PHDA são caracterizadas por níveis elevados de desatenção relativamente a outras crianças da mesma idade. É importante, portanto, evidenciar que a *atenção* constitui um factor multidimensional “*referente a problemas relacionados com o alerta, a activação, a selectividade, a manutenção da atenção, a distractibilidade ou com o nível de apreensão*” (Hale e Lewis, 1979).

Considera-se que os problemas de atenção se manifestam particularmente em tarefas nas quais se exige “*vigilância ou uma manutenção prolongada da atenção*” (Douglas, 1983), incluindo ainda as actividades lúdicas, devido ao facto de as crianças sentirem necessidade de mudar com frequência de actividade ou de brinquedos.

Tendo em conta que a distração das crianças se agrava “*aquando da realização de tarefas enfadonhas, repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção*” (Luk, 1985), tudo indica que a diminuição da atenção esteja relacionada com o facto de a actividade “*não possuir um valor de atracção suficiente ou não parecer produzir recompensa visível e imediata para o sujeito*” (Barkley, 1990).

Trata-se então de uma atitude que implica “desinibição comportamental”, verificada na criança quando confrontada com actividades altamente recompensadoras

que competem com a tarefa que lhes é exigida, sendo esta incapaz de seguir as instruções que lhe foram sugeridas.

Apesar de se considerar que as crianças apresentam problemas de atenção e de concentração relativamente a um leque de acções, pode-se indicar que a concretização de comportamentos “distraídos” se deve à dificuldade em gerir o tempo. Não se tratando, portanto, de uma incapacidade em ouvir ou processar correctamente a informação.

Ao serem compreendidas como mais lentas a retomar as tarefas que tinham em mãos no momento em que foram atraídas por um qualquer estímulo, as crianças com hiperactividade apresentam uma maior probabilidade de saltar de um estímulo distractor para outro, acabando por se esquecer o que estavam a realizar inicialmente.

Foram vários os estudos e investigadores que procuraram encontrar uma resposta para a ligação entre o défice de atenção e a PHDA, não se sabendo, em concreto, qual a sua origem e conseqüentes influências no desenvolvimento da patologia.

Na década de 70 sustentou-se a ideia da existência de problemas específicos de manutenção da atenção em crianças hiperactivas, bem como de impulsividade, tal como era avaliada através de medidas cognitivas como o Teste de Emparelhamento de Figuras Familiares (*Matching Familiar Figures Test* de Campbell et al., 1977), considerada uma ferramenta essencial para o estudo deste sintoma.

Os critérios de diagnóstico do DSM-III e do DSM-III-R, relativos à desatenção e à impulsividade, apontam para um défice nas crianças com PHDA no controlo da concentração em termos de capacidade de “selecção” e “manutenção”, especialmente nesta última.

Skinner (1953) havia desenvolvido uma importante análise acerca do factor “atenção”, de acordo com a qual esta não constitui propriamente um comportamento ou uma resposta do indivíduo, mas sim uma relação entre um estímulo e o comportamento do sujeito. Especificamente, esta opinião é caracterizada por uma relação temporal entre o estímulo e a resposta, considerando-se então que a impulsividade e a baixa atenção não são tidas como faculdades cognitivas do indivíduo, mas sim, como relações temporais entre estímulos e respostas.

Outros instrumentos de avaliação foram utilizados, através da implementação das escalas (rating scales) desenvolvidas para avaliação dos défices de atenção das crianças PHDA, entre as quais se encontram a *CTRS – Conners Teacher Rating Scales*, de Conners desenvolvida em 1969, a *Child Behavior Checklist* de Achenbach e Edelbrock em 1983, e ainda, a escala *MIT – The Multi-Grade Inventory for Teachers* de Agronin em 1992 (citado em Lopes, 2003), nomeadamente as mais utilizadas ou consagradas nos DSM (DSM-III E DSM-III-R), que reflectem algumas das concepções actuais do conceito de atenção. Os itens mais frequentes dessas escalas referem-se às seguintes expressões “distrai-se facilmente”, “é incapaz de se concentrar”, “perde frequentemente as coisas”.

Stankov (1983) define o estudo da atenção como uma “*tentativa de especificar a capacidade individual de lidar com quantidades crescentes de informação*”; enquanto que Gibson e Rader (1979) definem-na como a “*percepção selectiva da informação que tem um nível óptimo de utilidade para a tarefa que se está a realizar*”. Estas definições tratam-se apenas de alguns exemplos da dispersão da investigação sobre a atenção e da falta de uma definição universalmente aceite deste termo.

Douglas e Peters (1979) concluíram que a “*hiperactividade derivaria de uma predisposição constitucional, impedindo a manutenção da atenção e do esforço e produzindo um controlo inibitório pobre, acompanhados por uma necessidade de estimulação e de evidência...*” e, por outro lado, considera-se que as capacidades de processamento de informação estão intactas e que o problema se deve a “*deficiências de auto-regulação cognitiva e comportamental*” (Virginia Douglas, 1988).

Num estudo baseado na problemática em causa acerca da dificuldade em definir e caracterizar o défice de atenção como sintoma da PHDA, utilizaram-se os Testes de Realização Contínua (Continuous Performance Test) desenvolvido por Campbell, Douglas & Morgenstern (1971), assim como, as Tarefas de Tempo e Reacção.

Segundo Douglas (1979), o Défice de Atenção derivava essencialmente de quatro défices associados tais como (1) o défice de investimento, organização e manutenção da atenção e do esforço, responsável pela dificuldade em manter a devida vigilância em determinada actividade; (2) a incapacidade de inibição de respostas impulsivas, referente à constante concretização de atitudes inconscientes e repentinas; (3) a incapacidade de modulação de níveis de alerta para responder às exigências das

situações, assente no problema em tomar a postura correcta perante conjunturas; e, por último, (4) a tendência invulgarmente forte para a obtenção de respostas imediatas, sendo uma prioridade obter um estímulo para concretizar tarefas.

O Teste constitui uma tarefa de vigilância que tem sido utilizada como paradigma fundamental da manutenção da atenção enquanto processo comportamental (O' Dougherty, Nuechterlein e Drew, 1984).

Simultaneamente, as Tarefas de Tempo de Reacção são consideradas medidas directas de *prontidão* para responder a um estímulo e de *habituação* com o tempo, dependendo da estrutura particular da tarefa e da sua duração. Ambas são entendidas como as medidas mais simples, directivas e objectivas de hipotéticos processos de atenção, considerando que medem critérios divergentes perante a mesma situação.

Até aos dias de hoje continuam a ser discutidos os critérios de diagnóstico da perturbação relativamente ao défice de atenção, no sentido em que, o mesmo incide fundamentalmente no aspecto energético da atenção e na sua manutenção por períodos alargados. Ao mesmo tempo, discute-se o facto de poder haver diferenças não só a nível do processamento de informação, mas também da energia e activação da atenção a que se recorre para responder às tarefas sugeridas.

Para além das provas de tipo laboratorial, é relevante usufruir de uma validade ecológica que se faz através da entrevista clínica, e ainda, pela observação na sala de aula sendo a intervenção e opinião dos educadores importante para clarificar o quadro sintomático.

Impulsividade

A impulsividade ou desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação.

É considerada como uma das características mais relevantes do período pré-escolar e define, posteriormente, um tipo de “estilo cognitivo”, ou seja,

“ uma forma específica de processamento da informação e de realização cognitiva, determinando a forma como o indivíduo apreende, armazena e utiliza a informação no seu meio ambiente, independentemente do conteúdo específico dessa informação” (Cruz, 1987).

Entende-se assim que esta particularidade apresenta uma relação funcional com o conceito de “atenção” no sentido em que “ *constitui uma variável mediadora entre um estímulo e uma resposta*” (Skinner, 1953).

Tipicamente, as crianças com PHDA apresentam respostas rápidas e precipitadas às questões que lhes são colocadas, ao mesmo tempo que, têm dificuldade em seguir instruções. Sentem notórias dificuldades em suportar a frustração, evitando assim as tarefas que previsivelmente só oferecem gratificação a médio ou longo prazo levando a uma desistência fácil, preferindo as actividades de recompensa imediata.

Tendo em conta que a impulsividade ou a incapacidade de inibição de impulsos conduz à proliferação de frases socialmente inadequadas, assim como, à interrupção do discurso de outrem, torna-se óbvio que a impressão dada às pessoas que lidam com este comportamento é de que se tratam de crianças “imaturas”, “irresponsáveis”, “preguiçosas” e “impertinentes”.

Ao longo do tempo, a impulsividade tem sido definida como “*um padrão específico de resposta a determinadas tarefas, caracterizada essencialmente pela rapidez e imprecisão*” (Brown e Quay, 1977) mas, mais recentemente, a mesma é encarada como “*uma baixa capacidade de manutenção de inibição de respostas, de adiamento da gratificação, como uma deficiência na capacidade de adesão a regras e de regulação...*” (Barkley, 1990).

Segundo Barkley (1990), para além de se considerar a impulsividade e a hiperactividade como características fundamentais da PHDA, o mesmo defende que a desinibição comportamental constitui a “imagem de marca” do distúrbio em questão. Tal facto deve-se à principal distinção entre crianças com a patologia, de crianças com outras problemáticas clínicas ou até de crianças normais, tornando-se a desinibição e o excesso de actividade como atitudes primordiais e não a desatenção.

Outro aspecto relevante, defendido pelo mesmo autor, é a questão da avaliação dos três sintomas da PHDA que melhor discriminam as crianças com hiperactividade das restantes, sendo considerados então os erros de impulsividade, nomeadamente em tarefas de vigilância, e os níveis elevados de actividade. Pode-se acrescentar ainda que os itens do DSM-III-R e DSM-IV para diagnóstico da patologia em questão evidenciam que os itens com maior poder discriminativo são aqueles que estão relacionados com um controlo pobre dos impulsos.

Partindo de uma perspectiva cognitivista já referida da problemática, Douglas (1988) defende que “ *estas crianças apresentam uma deficiência auto-regulatória*” evidenciada por realizações pobres em tarefas que exigem determinadas competências de tipo visual, auditivo, motor e perceptivo-motor aliadas a problemas de manutenção da atenção; acrescenta-se também a existência de dificuldades inibitórias no uso de comportamentos desajustados, verificando-se a necessidade de obter uma recompensa imediata e tangível. Segundo o mesmo, as tarefas que exigem um maior recurso à auto-regulação dificultarão a concretização das mesmas, sendo importante considerar qual o tipo de tarefa em que os problemas ganham particular evidência.

É importante ainda ter em conta os factores ligados à exigência de processamento de informação, ao controlo externo e à presença de agentes de atracção e distracção.

Conclui-se que a atitude impulsiva se deve a situações referentes a um conjunto de estímulos externos, aliada a uma dificuldade de inibição de comportamentos inadequados, sem esquecer o exagero de actividade que se detém.

Hiperactividade

A hiperactividade, enquanto marca discriminativa da presença da patologia em questão, foi considerada não só como um sintoma entre vários, mas também o próprio fundamento do distúrbio. Em concreto, as crianças PHDA apresentam, normalmente, sinais de actividade superiores à média a nível da motricidade e a nível da fala.

Referentemente ao nível motor, verifica-se que estas crianças mexem de forma permanente as mãos e as pernas, apresentam uma grande dificuldade em permanecer quietas e, essencialmente, exibem tais movimentos em momentos inadequados. Ainda aqui se pode acrescentar o facto de serem descritas como crianças demasiado faladoras, estando associado ao facto de responderem sem ser na sua vez em contexto escolar, por exemplo.

No que diz respeito à hiperactividade, é necessário considerar a existência de diversos tipos de “sobreactividade”, no sentido em que alguns autores referem que a “*locomção, os movimentos dos tornozelos, dos pulsos e do corpo em geral parecem*

diferenciar consistentemente estas crianças das outras crianças” (Barkley e Cunningham, 1979).

Contudo, um dos problemas de definição da PHDA reside na heterogeneidade e multiplicidade de comportamentos que o constituem, e ainda, em considerar certos comportamentos como exclusivamente típicos deste quadro sintomático. Segundo Rutter (1989), a presença de “sobreactividade” pode ser observada “ *na agitação ansiosa, na agitação psicomotora da depressão e nos comportamentos hiper-energéticos da mania*”.

Outras questões podem ser levantadas na avaliação da componente “hiperactiva” do distúrbio nomeadamente (1) na variabilidade situacional dos níveis de actividade motora (Jacob, O’Leary e Rosenbald, 1978); (2) na variabilidade inter-sujeitos, que traduz possivelmente a própria diversidade de temperamentos individuais (Buss, 1981); e (3) no estabelecimento de linhas claras de diferenciação entre o que poderá ser considerado “hiper”, “hipo” ou “normal” em termos de actividade motora dependendo da idade, situação e temperamento do sujeito.

Simultaneamente, ao longo de inúmeras medidas de hiperactividade não é demonstrado que o sintoma constitua um factor separado da impulsividade. As análises factoriais de escalas comportamentais de avaliação da PHDA evidenciam que os itens relacionados com a “agitação motora” poderão estar estritamente relacionados com a atenção e organização deficitárias, enquanto que os aspectos assentes na sobreactividade destacam os factores referentes à impulsividade ou desinibição comportamental.

Desta forma, considera-se que as três dimensões constituintes da problemática interagem entre si, no sentido em que a forma impulsiva de responder a inúmeros estímulos e a prontidão de comportamentos se deve a uma fraca atenção e, conseqüentemente, a um exagero de movimento e actividade como manifestação da patologia.

2.3 Causas da PHDA

Desenvolvimento cerebral e lesões cerebrais

Actualmente, as causas da PHDA são ainda desconhecidas apesar das vastas investigações realizadas e dos progressos significativos, incluindo os que se referem aos métodos e técnicas do desenvolvimento cerebral e supostas lesões. Continua-se sem saber quais os mecanismos que originam e expandem os comportamentos, os conhecimentos e a afectividade dos sujeitos hiperactivos.

A busca constante da etiologia da problemática da hiperactividade, leva a crer que a mesma provem de factores internos do próprio indivíduo do que de factores exteriores. Concretamente, a PHDA *“parece depender muito mais das anormalidades decorrentes do cérebro, provenientes de características hereditárias, do que de factores ambientais”* (Barkley, 2000).

Os inúmeros estudos revelam que se procurou encontrar uma relação entre a ocorrência de lesões cerebrais em crianças hiperactivas que pudessem justificar o aparecimento do distúrbio, sabendo-se hoje que apenas 5% das crianças poderão ter desenvolvido o sintoma na sequência de uma lesão. Porém, e apesar de não serem registadas quaisquer contusões no desenvolvimento cerebral da criança, supõe-se a existência de alterações que originam comportamentos desinibidores e inapropriados.

As diversas investigações acerca da acção cerebral evidenciam uma actividade diminuída na área pré-frontal do córtex, sendo esta verificada através do funcionamento eléctrico do cérebro o qual pode ser aumentado pela utilização de estimulantes, concretamente.

Ao mesmo tempo, torna-se visível um decréscimo do fluxo sanguíneo, particularmente no núcleo caudado, parte integrante do corpo estriado, visto ser uma área que desempenha um importante papel na inibição comportamental e na manutenção da atenção. Esta diminuição do fluxo está relacionada com a deficiente produção de dopamina nesta zona, limitando assim as capacidades de inibição do sujeito. Por outro lado, as conexões com o sistema límbico responsável pelo controlo das emoções, motivação e memória, provocam nos sujeitos PHDA dificuldades nas funções mencionadas.

Conclui-se também que a aplicação de medicação estimulante tem como efeito o aumento do fluxo sanguíneo nas áreas pré-frontais do córtex que, como consequência, leva a uma melhoria dos níveis de inibição e de adequação comportamental.

Factores ambientais e hereditariedade

Ao reconhecer-se que a disponibilidade dos neurotransmissores, concretamente a dopamina, nas áreas pré-frontais do córtex dos indivíduos PHDA é inferior aos sujeitos normais, assim como, a constatação do subdesenvolvimento das zonas referidas, é importante descobrir os factores de risco ou associados que contribuem para a ocorrência do distúrbio.

Os factores ambientais, os quais têm recebido uma considerável atenção nas investigações, encontram-se ligados ao consumo de substâncias no decurso da gravidez por parte da progenitora. As inúmeras pesquisas acerca do emprego de substâncias tem incidido no consumo de álcool e de tabaco, sendo evidente que qualquer uma destas matérias aumenta o risco de nascimento de crianças com hiperactividade.

Referentemente à hereditariedade, sabe-se que os parentes biológicos destas crianças têm tendência a apresentar mais problemas do que os parentes das restantes crianças. Estes problemas prendem-se com situações de alcoolismo, de conduta, comportamentos agressivos e situações de depressão. Biederman et al. (1990) verificaram, através de estudos com crianças PHDA e crianças sem PHDA, que a percentagem de parentes que também apresentam a perturbação é de 25% no primeiro grupo, enquanto que no segundo grupo a percentagem é de 5%.

Apesar de se registar uma incidência significativa de factores hereditários no desenvolvimento do distúrbio não se deve exagerar no papel da genética, no sentido em que não há certamente um gene responsável pelo distúrbio, e também, por não se saber ao certo *“se representa apenas uma característica extrema do ser humano”* (Barkley, 2000).

Desta forma, discute-se a hipótese destes sujeitos terem apenas herdado um traço extremo que provoca alterações em si mesmos, nomeadamente ao nível da auto-regulação, mas não possuem qualquer condição patológica. Daí a diferença para com os indivíduos sem o distúrbio se tratar de uma questão de quantidade de atitudes

desajustadas do que de qualidade, assim como de grau de intensidade em que ocorrem e não do tipo de comportamentos tomados.

2.4 Implicações Psico-Pedagógicas

As crianças diagnosticadas com PHDA são normalmente descritas como apresentando, para além dos problemas de hiperactividade, impulsividade, desatenção e/ou dificuldades em auto-regular o comportamento a partir das suas consequências, um conjunto amplo de problemas associados.

Estes problemas ocorrem com elevada frequência em contexto de sala de aula, colocando dificuldades quanto à própria caracterização e natureza do distúrbio. Uma das situações que mais se destaca neste contexto é o facto de se saber se a PHDA deve ser considerada primariamente um problema de comportamento ou um problema de aprendizagem.

Sendo assim, os investigadores sentem dificuldades em desenvolver uma taxonomia credível no sentido em que as crianças que apresentam sintomas de hiperactividade, impulsividade e desatenção – os sintomas principais da PHDA – em contexto escolar, constituem um grupo heterogéneo.

Desenvolvimento Cognitivo

É importante estudar diversas áreas do funcionamento cognitivo em crianças PHDA para compreender o melhor possível quais são as mais deficitárias relativamente a outras crianças.

Uma das áreas em que as diferenças parecem mais evidentes é a organização do trabalho. Estas crianças PHDA “*experimentam dificuldades em tarefas que exigem estratégias de resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho*”, considerando que estas devem-se a um esforço insuficiente ou a uma estratégia ineficaz face à tarefa (Barkley, 1990). Consequentemente, verifica-se uma menor competência na verbalização de instruções no decorrer da mesma.

O factor da comunicação difícil parece assentar em problemas no “*comportamento orientado por regras*” (Kendall e Braswell, 1982) com implicações ao nível da

resolução de problemas e da criação de regras orientadoras. Estes obstáculos traduzem défices significativos nos “ processos executivos”, considerados mecanismos usados pelos sujeitos para se organizarem e monitorizarem os seus pensamentos e atitudes (Barkley, 1990; Zentall, 1988).

Como é óbvio, não se nega a dificuldade que estas crianças sentem em actividades que exigem o recurso a estratégias de memória atribuindo-a à impulsividade, desorganização e desatenção. Para Barkley (1990), muitos dos défices que surgem nas crianças PHDA são fundamentalmente “*défices de realização e não de competência*”, ou seja, tratam-se sim de problemas de concretização de tarefas e não de desconhecimento de conteúdo.

Constata-se então a existência de uma memória directa que pode manifestar-se através de uma “operação”, sendo esta designada como uma sistema de gestão e apreensão de informação constituída por duas componentes: (1) a Memória a Curto Prazo, que permite a conservação momentânea da informação apreendida; (2) a componente executiva, elaborada pela coordenação da informação dada pela Memória a Curto Prazo (Lopes, 2003).

Por outro lado, a memória indirecta abrange a capacidade de aceder rápida ou automaticamente à informação, levando a uma sobrecarga de exigências na memória operativa. Desta forma, “*as crianças hiperactivas são assim vulneráveis ao fracasso escolar aparentando uma passividade relativamente às tarefas escolares*” (Douglas, 1988) aliada a uma excessiva actividade motora, sendo esta a forma que encontram para lidar com a situação.

Acrescenta-se também o facto de os sujeitos com hiperactividade evidenciarem particulares dificuldades em manter uma representação adequada de acontecimentos passados, no sentido de evitar repetir no presente e no futuro erros anteriormente cometidos. Apresentam assim uma falta de linguagem ordenada e um discurso interno sobre esses acontecimentos que lhes permita introduzir uma dilação entre o estímulo e a resposta a dar. Essa relação, que constitui uma função da “memória do trabalho” ou de Memória a Curto Prazo, é fundamental para a sobrevivência do sujeito na sociedade.

Defende-se, sobretudo, que não são apontadas incapacidades cognitivas nos indivíduos PHDA, mas tudo indica que muitas realizações são deficitárias comparando com outras crianças. Daí os problemas escolares, a nível pessoal e social, e a

incompreensão de pais e professores que as acusam de “preguiçosas”, “não esforçadas” tornando-se difícil a compreensão das suas atitudes.

Socialização

Trata-se de uma área em que os problemas da criança hiperactiva se destacam, com maior evidência, estando implicada aqui a sua adaptação na sociedade. Existem indícios literários de problemas de relacionamento social, de percepção social, de auto-imagem e de integração vividos por estas crianças.

“Revela-se extremamente complicado e até dramático iniciar e manter relações com os colegas de escola” (Guevremont,1990), sendo normalmente descritas como agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, inconvenientes e socialmente rejeitadas.

A existência do sintoma da impulsividade traz um papel relevante nas dificuldades de relacionamento, no sentido em que os sujeitos intrometem-se inapropriadamente em actividades em curso (jogos e brincadeiras), tal como o *“desrespeito pelas regras instituídas apesar de as conhecerem, utilização de soluções agressivas para problemas comuns, descontrolo emocional”* (DuPaul e Stoner, 1994; Guevremont, 1990).

As situações de trabalho estruturadas no espaço escolar afiguram-se, por sua vez, extremamente complicadas pois exigem maior concentração, persistência, esforço e com um valor de recompensa quase sempre mediato, não sendo facilmente aceite pelo individuo.

Consequentemente, durante a realização de trabalhos de grupo propostos pelos professores, educadores ou noutra contexto educativo, a criança PHDA tem (a) tendência anormalmente forte para exigir recompensas imediatas; (b) são vulneráveis a possíveis efeitos de distração provocados pela recompensa, esquecendo a tarefa que está a concretizar; (c) sente uma frustração exagerada por não receber a recompensa antecipada (Douglas e Parry, 1994).

Desta forma, é nas escolas que a criança se confronta com situações que implicam o recurso a sistemas complexos de comportamento auto-regulados, que devem ser organizados e treinados ao longo do tempo, para que a mesma possa responder às

exigências do quotidiano escolar e atenuar as suas diferenças comportamentais, relativamente a outras crianças.

Ao mesmo tempo, “*as dificuldades interpessoais da infância revelam-se preditivas de desajustamentos adaptativos na adolescência e vida adulta*” (Olson e Brodfeld, 1991), como consequência. As dificuldades de interacção social são cada vez mais encaradas como centrais na problemática geral da PHDA e “*contribuem para a manutenção dos problemas a longo prazo*” (Barkley, 1990).

A rejeição prolongada dos pares leva a criança a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos “*afectando o seu desenvolvimento moral, social, académico e afectivo*” (Parker e Asher, 1987). Esta negação incide fundamentalmente sobre a agressão manifesta, mas existem duas dimensões comportamentais que merecem especial atenção nesta situação, concretamente os “*comportamentos hiperactivos*” caracterizados pela actividade motora excessiva e desordenada, impulsividade e perturbações; e ainda a “*desatenção*” (Pope et al, 1991). A negatividade desta relação prevê, obviamente, o isolamento social da criança hiperactiva, podendo provocar uma manifestação mais severa do distúrbio.

Simultaneamente, é vivenciada uma auto-estima baixa comum em sujeitos com uma história de comportamentos disruptivos, sendo frequente a co-existência de depressão e agressividade na pré-adolescência. Estes problemas comportamentais que, por sua vez, levam à constatação de problemas de aprendizagem, contribuem para um ciclo vicioso de défices de realização, desmotivação e comportamentos mais desajustados.

De acordo com Milich e Okazaki (1991) “*as crianças estão mais expostas ao insucesso*”, pois a nível escolar apresentam, normalmente, um baixo rendimento académico e, na sociedade, devido à sua imaturidade e descontrolo, sentem-se rejeitadas pelos pais e professores. Tais factos podem levar ao desenvolvimento do “*desânimo aprendido*”(Seligman, 1975) cujo fracasso é associado à incapacidade própria, provocando uma “*redução do esforço perante as tarefas*” de forma a evitar o fracasso (Stipeck, 1984).

De uma maneira geral, o indivíduo com hiperactividade apresenta um padrão cognitivo e comportamental diferente, sendo estes relevantes para a sua realização pessoal e inserção social, daí a sua rejeição. A auto-imagem é negativa, sobretudo em contexto escolar, onde é difícil confrontar-se com as normas e regras.

2.5 Modelos de Intervenção

Ao longo de décadas tem-se investido na implementação de diversas estratégias, de acordo com as alterações de designação do distúrbio, procurando lidar-se com a situação em questão.

Encara-se a PHDA como um traço extremo do ser humano, o qual é apenas representado de forma extrema por uma minoria. Procura-se manter o controlo do distúrbio para que não se agrave quer para o sujeito quer para os que o rodeiam.

Ao tornar-se difícil obter uma intervenção adequada aponta-se para a abordagem em dois aspectos fundamentais, a medicação e as intervenções comportamentais.

Segundo Barkley (2000), *“a eficácia da intervenção passa pela acção continuada sobre os défices neuropsicológicos de inibição comportamental através da tomada de medicamentos”*. Esta interferência farmacológica actua sobre o córtex pré-frontal e sobre as funções executivas que nele se desenvolvem.

Todavia, é necessário complementar esta estratégia medicamentosa com apoio contínuo aos pais e acompanhar a trajectória escolar da criança com hiperactividade.

Estratégias de intervenção na sala de aula

As crianças PHDA apresentam não só problemas de relacionamento interpessoal, assim como, dificuldades na realização académica. O seu percurso escolar exige reflexão, planeamento, estratégia e uma gestão do tempo visto ser complicado para as crianças exibirem estas competências.

Perante esta situação, o professor deve elaborar um plano de actividades que seja consistente, prolongado e activo baseado num ensino directo e monitorizado.

Desta forma, torna-se importante *“seleccionar diversos aspectos essenciais para uma boa gestão de comportamentos de alunos PHDA na sala de aula”* (Dupaul e Stoner, 1994) entre os quais se destaca uma rigorosa avaliação de dificuldades para uma futura intervenção, assim como, o reforço ou recompensas mais imediatas pelos bons desempenhos para não perderem a sua concentração rapidamente.

Acrescenta-se ainda a necessidade de tornar os trabalhos individuais em tarefas mais pequenas e de curta duração, podendo-se mais tarde aumentar até ser atingido o padrão normal da restante turma, evitando-se as tarefas repetitivas e menos agradáveis.

De uma maneira geral, entende-se que para lidar com estes alunos deve-se instruir e prevenir, no sentido em que o trabalho se centra nas actividades académicas e num ambiente favorável à aprendizagem. Assim sendo, há uma tendência para prevenir comportamentos destabilizadores dos alunos e uma atitude proactiva do docente.

Neste sentido, devem ser implementadas algumas estratégias educacionais inovadoras que, por sua vez, estão ligadas à organização e gestão da sala de aula. Martens e Kelly (1993) e outros sugerem uma série de comportamentos proactivos do professor, nomeadamente, (1) lembrar as regras da sala de aula; (2) utilizar o contacto visual para controlo comportamental e manutenção do ritmo das sessões; (3) deve circular pela sala de aula fornecendo apoio aos alunos; (4) assegurar que as tarefas e as rotinas são compreendidas; (5) dar a conhecer com frequência a utilização do tempo disponível para cada aula.

Para os investigadores anteriormente mencionados, estes comportamentos “ *estão relacionados com uma boa gestão de sala de aula, bem como com a elevação do rendimento académico dos alunos*” sendo fundamental complementar com o envolvimento dos alunos nas actividades sugeridas, assim como, no controlo do seu ritmo de trabalho.

Tendo em conta, a dificuldade de organização dos sujeitos PHDA, o docente deve ainda supervisionar o registo dos trabalhos de casa, ao mesmo tempo que, envia aos pais relatórios semanais com os progressos verificados. Acrescenta-se ainda, a importância de incentivar as competências do uso do teclado e de novas tecnologias na escola e em casa.

A nível da socialização, devem ser atribuídas responsabilidades especiais aos alunos na presença de grupos de pares, de forma a promover a sua integração e cooperação com outras crianças, para que haja uma melhor integração.

Estratégias de intervenção parental

Constata-se que se torna difícil perceber e lidar com uma criança hiperactiva, no sentido em que a mesma não consegue seguir regras, apesar de serem mencionadas repetidas vezes sem conta. Ao mesmo tempo, os progenitores sofrem de um sentimento de culpabilização pela actuação desadequada do filho em diferentes situações, julgando ser derivada de erros educativos parentais.

É importante que os pais percebam que o filho é a principal vítima do distúrbio e consequentes comportamentos, assim como, o facto de terem que redobrar esforços na monitorização das suas atitudes.

Segundo Barkley, R. (2000), deve-se insistir em diversos princípios fundamentais para lidar com uma criança hiperactiva entre os quais se destaca o *“fornecimento de instruções claras, a reorganização de tarefas motivadoras e o uso de recompensas imediatas quando cumprimento de regras”*.

Assim sendo, devem ser realizadas actividades mais interessantes, assim como, incentivos verbais, físicos ou materiais. E, por outro lado, punir a criança através da explicação das suas consequências de forma mais consistente.

Para uma melhor organização temporal, procurar exteriorizar o tempo e estabelecer pontes entre acontecimentos, no sentido em que, ao ser pedida uma determinada tarefa dá-se um instrumento que permite visualizar quanto tempo tem para concretizá-la. Ao mesmo tempo, pode-se escrever num papel os vários passos a dar, os objectivos do trabalho e o tempo que irá demorar.

Antes de iniciar qualquer actividade, os pais devem informar a criança acerca das normas de comportamentos a ter e, desta maneira, ser consistente na explicação para que o filho perceba o conteúdo. Os pais devem estar preparados previamente para qualquer situação problemática, daí a importância de regras e a persistência nas mesmas.

Através destas linhas orientadoras, os pais podem adoptar uma nova metodologia para lidar com o filho e, como consequência, tentar provar a sua eficácia na modelação do seu comportamento.

3. A Musicoterapia

Terapeuticamente, a música ultrapassa o seu papel de entretenimento, de enriquecimento cultural, (...), para servir de suporte a técnicas particulares de psicoterapia (...).

Verdeau-Paillés, 1995

3.1 Breve introdução ao conceito de música

A música (do grego *μουσική τέχνη* - *musiké téchne*, a arte das musas) “é uma forma de arte que é constituída basicamente pela combinação de sons e silêncio seguindo ou não uma pré-organização ao longo do tempo” (citado em Federação Mundial de Musicoterapia, 1996). Neste sentido, engloba toda a combinação de elementos sonoros destinados a serem percebidos pela audição, de modo que, inclui as variações nas características do som (altura, duração, intensidade e timbre) que podem ocorrer sequencialmente (ritmo e melodia) ou simultaneamente (harmonia). Ritmo, melodia e harmonia são entendidos apenas como elementos de organização temporal, visto que a música pode conter propositadamente harmonias ruidosas (que contém ruídos ou sons externos ao tradicional) e arritmias (ausência de ritmo formal ou desvios rítmicos).

É considerada por diversos autores como uma prática cultural e humana, no sentido em que, actualmente, qualquer sociedade possui manifestações musicais próprias. Embora nem sempre seja feita com esse objectivo, a música pode ser considerada como uma forma de arte, entendida então, como a sua principal função.

A música possui “uma certa força e poder de acção sobre o ser humano (...)” (Ribas, 1957) e, cerca do século XIX, esta modalidade começou a ser observada em laboratórios. A partir daí nasceram a acústica, considerada a ciência do som e, mais tarde, a psicoacústica, estando relacionada com a investigação sobre a forma como as mentes percebem o som; e finalmente, surgiu a psicoacústica musical que examina todos os aspectos da percepção e do desempenho musicais (Jourdain, 1998).

Segundo Ribas (1957), a música é “*a arte que mais se aproxima da criança*” e perante a ocorrência de estímulos sonoros súbitos e fortes, como bater palmas por exemplo, o recém-nascido apresenta uma reacção; aos dois anos e meio, a criança distingue o som musical de ruído e já procura cantar.

Considerada como a “*linguagem dos sentidos*”, a música só será percebida pela criança quando lhe for dirigida de modo directo e específico, sendo entendida “*como um dos meios mais eficazes de educação dos sentidos*” (Teplov, 1977), pois permite o desenvolvimento da sensibilidade, da emoção, da compaixão e da receptividade.

A criação, a performance, o significado e a definição de música variam consoante a cultura e o contexto social, englobando composições fortemente organizadas, música improvisada ou até formas aleatórias. Para inúmeros indivíduos de diferentes culturas, a música está extremamente ligada à sua vida e ao seu quotidiano, sendo dada à mesma um leque de utilidades relacionadas com a arte, com a educação, com o lazer, e também, com a terapia (musicoterapia).

3.2 Definição de Musicoterapia

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996):

“ A Musicoterapia é a utilização da música e os seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um profissional qualificado, com um paciente ou em grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objectivos terapêuticos relevantes no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.”

Através desta terapia, pretende-se então desenvolver os potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração a nível pessoal e social. Consequentemente, perspectiva-se também uma melhor qualidade de vida, investindo-se na prevenção, reabilitação ou tratamento.

De acordo com Del Campo (1997), a musicoterapia pode ser definida como “*uma aplicação científica do som, da música e do movimento através do treino da escuta e da execução sonora, incluindo assim o desenvolvimento cognitivo, afectivo e motor, da consciência e potenciando o processo criativo. Assim podemos facilitar a comunicação individual e favorecer a integração social.*”

Entende-se que a terapia abordada, implica um processo interpessoal no qual são utilizados o som, a música e seus elementos, assim como, diversos instrumentos musicais, recursos lúdicos e técnicas específicas, ou outros objectos intermediários na relação entre o educador e a criança. Ao treinar a área musical, considerada uma forma de expressão inerente ao ser humano, esta mobiliza aspectos psicossociais do indivíduo, sendo capaz de minimizar as dificuldades de relacionamento e facilitar a emergência de situações conflituosas que podem ser trabalhadas e elaboradas.

Como regra geral, todos os seres humanos procuram a sua própria identidade, seleccionando diferentes papéis, vivenciando inúmeras experiências, interagindo com diversas pessoas, como forma de se encontrarem, e assim, concretizarem os seus objectivos. Em cada comunidade existem relações hierárquicas, sejam estas na família ou na sociedade, de cariz afectivo e/ou profissional, incluindo até as relações consigo mesmo, sendo que ao longo da vida o indivíduo relaciona-se através do desempenho de papéis. A forma como se vivem esses papéis pode levar à modificação total da saúde e do equilíbrio físico e psíquico do sujeito. Segundo Fregmann (1986 e 1987):

“ Nesta procura de “si mesmo”, muitas vezes inconsciente e/ou mal direccionada, a pessoa afasta-se do próprio eixo por se focar no exterior e não em si mesmo. A falta de contacto com o seu ritmo interno e a dificuldade de auto-escuta dá origem a distúrbios, desequilíbrios e patologias diversas, reflectindo também no seu mundo externo.”

Tendo em conta o que é defendido na musicoterapia, a busca da individualidade e identidade dá-se a partir da retoma do próprio ritmo, promovendo então, a saúde, o equilíbrio físico e o psíquico. Para que isto aconteça é necessário implementar meios, através dos quais o sujeito expressa vários conteúdos, partindo para um trabalho de auto-percepção e autoconhecimento. Como o próprio nome indica, a terapia musical utiliza duas linguagens extremamente importantes, ou seja, a música e seus elementos presentes interna e externamente, no próprio indivíduo e nas suas manifestações culturais e sociais, respectivamente; e a terapia, cujo objectivo é a procura da identidade, sendo considerada como uma intervenção cooperativa entre o terapeuta e o sujeito.

A formação profissional do musicoterapeuta inclui teoria musical, canto, prática em pelo menos um instrumento harmónico (piano ou violão), instrumentos melódicos (principalmente flauta) e de percussão. Simultaneamente, o mesmo tem conhecimentos

de anatomia e fisiologia humana, psicologia, filosofia e noções de expressão artística, expressão corporal, dança, técnicas grupais e métodos de educação musical.

A intervenção terapêutica pode vir associada a outras técnicas como relaxamento progressivo, Reiki, yoga ou acupuntura. Apesar de haver um subentendido consenso sobre os benefícios da música clássica ou da música eletrônica de sons contínuos; e também, de acupuntura e yoga associados à meditação, é sabido que o efeito da música sobre o indivíduo depende da sua convivência e preferência pelos diversos estilos musicais. Por outro lado, os musicoterapeutas estudam os efeitos hipnóticos dos ritmos repetidos, a associação de ritmos ao transe e êxtase e/ou o seu efeito sobre as emoções humanas, relativamente bem conhecidos pelos produtores da música de filmes e peças teatrais, incluindo a ópera. Recentemente, reconheceu-se que uma das maiores aplicações de sucesso da terapia em questão tem sido o tratamento da dor crônica e do stress pós traumático.

Portanto, a música permite o contacto com áreas do psiquismo praticamente esquecidas pelo exercício da negação de si mesmo. Assim, a pessoa faz uma proximidade mais íntima, antes de se ter traduzido em inúmeros papéis que representa no mundo, exprimindo o que sente.

3.3 A musicoterapia e a PHDA: implicações psico-pedagógicas

“Em terapia a música é um meio, não um fim.” (Bañol, 1993)

A arte apresenta uma função básica no campo da psicopedagogia, ou seja, uma função educacional, uma de selecção e prevenção ligada ao estudo psicológico da produção do som, e uma terapêutica que a educação especializada tenta introduzir através da reeducação. Estudar o lugar e o papel da música envolve uma análise de como a música é organizada, produzida e dos efeitos que produz.

É através da pesquisa da conduta musical de uma criança, analisando o comportamento espontâneo e observando as suas rotinas, que se torna mais fácil a implementação de qualquer terapia. Essa orientação permite que se utilize uma pesquisa

na prevenção - pela mediação artística - de certos comportamentos inadaptados em crianças com dificuldades.

Concretamente, os educadores podem utilizar o que as pessoas produzem artisticamente, como um “objecto” de estudo, de modo a descobrir a forma mais rápida para aceder ao processo de aquisição e desenvolvimento. Essa criatividade pode conduzir a uma experiência cultural, possibilitando que determinadas pessoas excluídas tenham acesso a um espaço social, surgindo um reconhecimento de diferenças.

Segundo Bañol (1993) “*a musicoterapia na educação pode ser utilizada para melhorar o nível de concentração, diminuir o cansaço e o stress diário.*” Entende-se que tudo o que é acompanhado com música fica gravado com mais profundidade no espírito, ajuda a pôr de lado dificuldades físicas, mentais e/ou sociais.

Para inúmeros cientistas mais recentes, é destacado o facto de a terapia musical ser capaz de realizar verdadeiras transformações no humor. O som do piano combate a depressão e a melancolia, o do violino a insegurança, enquanto que os metais, como o trompete e o saxofone inspiram coragem e impulsividade. Defende-se que na realização de um trabalho com musicoterapia na escola, para redução de cansaço, fadiga ou irritação, assim como da manutenção da atenção, é interessante a complementação com alguma outra terapia alternativa, a critério da sensibilidade e formação do terapeuta.

Os estudos sobre a influência da música no comportamento humano categorizam, principalmente, dois estilos de música: música sedativa e música estimulante, entre outros. O estilo sedativo é assim chamado por compreender os compassos lentos, com harmonias simples e leves variações da dinâmica musical. Tem como característica tornar suave a actividade física e aumentar a capacidade contemplativa do ser humano. Quanto ao estilo estimulante, ressaltam-se os tempos mais rápidos, as harmonias complexas e dissonantes e mudanças repentinas na dinâmica, que produzem a sensação de aumento do estado de alerta e pré-disposição à actividade motora e, conseqüentemente, uma maior activação mental. Considera-se ainda que “*a música provoque condutas orientadas pelo afecto*” (Gaston, 1968).

A partir dessas considerações, duas hipóteses têm sido levantadas em relação à música estimulante visto que (1) reduziria o comportamento repetitivo da criança, isto é, o seu comportamento impulsivo, e ainda, (2) aumentaria o nível de actividade da criança, comparando com a música sedativa que a diminuí.

Assim sendo, Gaston (1968) em pesquisa realizada em sala de aula para verificar o efeito estimulante e sedativo, utilizou o último movimento da 9ª Sinfonia em mi menor, de A. Dvorák (Do Novo Mundo) como música estimulante, e a Ária da 4ª Corda de J.S. Bach como sedativa. Estes investigadores pesquisaram acerca do facto de diversas crianças não prestarem a devida atenção ao que lhes é ensinado e, por isso, não têm bom desempenho escolar e, frequentemente, apresentam desajustes sociais. Desta forma, optou-se pela utilização da música de fundo com o objectivo de aumentar o desempenho das crianças nas tarefas em sala de aula.

Por outro lado, Del Campo (1997) estudou o desenvolvimento das áreas corticais com representação sensorial e do córtex auditivo dominante, tendo sido proposto o contacto “orientado” das crianças com a música, particularmente com o envolvimento de tarefas motoras, o que favorece o desenvolvimento das áreas corticais sensoriais e frontais, e promove maior eficiência no planeamento e execução de tarefas.

Conclui-se que, através da musicoterapia, torna-se possível obter resultados a nível da alteração de comportamento e da manutenção da atenção em crianças hiperactivas, no sentido em que as mesmas se revelam predispostas perante este estímulo. É fundamental reconhecer as características da criança, os seus gostos e a sua reacção perante diferentes incentivos.

CAPÍTULO III: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os métodos de investigação das ciências sociais permitem seleccionar as técnicas de pesquisa adequadas ao trabalho a realizar, assim como, controlar a sua utilização (das técnicas) e a integração dos resultados obtidos, após a escolha definitiva do objecto de estudo.

Neste projecto de investigação será realizado um estudo empírico, através da metodologia de estudo de caso permitindo uma análise intensiva, tanto em amplitude como em profundidade, da realidade em questão. Coutinho (2003) refere que “*quase tudo pode ser um ‘caso’: um indivíduo, uma personagem, um pequeno grupo.*” Ao mesmo tempo, Ponte (2006) defende que:

“*É uma investigação que se assume como particularista, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.*” (Ponte, 2006)

Relativamente à amostragem seleccionada, esta depende do objecto de estudo, das limitações de tempo e do interesse que a investigação suscita. Num estudo de caso a escolha da amostra adquire um sentido muito particular, pois constitui o cerne da investigação. Para este estudo, a amostra é constituída por uma aluna com PHDA, que frequenta o terceiro ano de escolaridade na EB1/JI de Canidelo, pertencente ao Agrupamento de Escolas D. Pedro I, em Vila Nova de Gaia. A turma na qual está inserida é constituída por 19 alunos, na qual se encontram outras crianças com Necessidades Educativas Especiais.

Tendo em conta que o objectivo geral de um estudo de caso é “*explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar*” (Gomez, Flores e Jimenez, 1996), as técnicas de recolha de dados que foram seleccionadas para este projecto permitem a recolha de informações directas acerca da aluna, bem como de informações indirectas fornecidas pela professora do Educação Especial, pela professora titular de turma e pelas tarefeiras que acompanham a criança (anexo I). Assim sendo, foi escolhida a técnica não documental, em concreto a observação participante, na qual o observador intervém no indivíduo em estudo. Estas foram ainda complementadas com a pesquisa documental da Anamnese (anexo II), da recolha de informação por referência à CIF

(anexo III) e da ficha de Programa Educativo Individual da aluna (PEI) (anexo IV) para análise mais aprofundada dos dados escolares e familiares inerentes à amostra. A utilização destes inúmeros instrumentos permite obter dados de diferentes tipos, “*os quais proporcionam a possibilidade de cruzamento de informação.*” (Brunheira, n.d.). Para além da técnica qualitativa usada nesta investigação anteriormente mencionada, é realizada por conseguinte, a leitura e interpretação de itens de avaliação representados em gráficos, sendo utilizada igualmente uma técnica quantitativa.

Ao querer investigar esta problemática, pretende-se conhecer um pouco mais acerca da PHDA tendo em conta a sua complexidade, e ainda perceber de que forma a musicoterapia influencia a atenção da criança, sendo este o ponto de partida.

CAPÍTULO IV: COMPONENTE EMPÍRICA

4. Caracterização da realidade pedagógica

4.1 Caracterização do meio

Na margem esquerda do Rio Douro, junto à sua foz, marginada pelo Oceano Atlântico, situa-se a antiga Vila de Canidelo que dista 5 quilómetros da sede do concelho, Vila Nova de Gaia, e é hoje uma das freguesias da cidade e uma das 24 do concelho de Gaia.

Faz parte da Província do Douro Litoral, mas já o foi do Alto Douro e, em 1747, era da Beira Alta.

Do Cabedelo até à Praia da Madalena, estendem-se as praias de Lavadores e de Salgueiros, outrora frequentadas somente pelos mais abastados que a elas se dirigiam em carruagens, predominando os colonos ingleses que por ali se fixaram e até deram o seu nome a algumas das actuais ruas. Os comboios sediavam-se nas maquilharias do Candal, da Bandeira e de Santo Ovídio. Para os menos afortunados, havia carreiras de carros com bancos de madeira.

Confronta a nascente, com as freguesias de Santa Marinha e Afurada; a Norte, com o Rio Douro; a Poente com o referido oceano e a Sul, com a freguesia da Madalena.

Actualmente, a densidade populacional da freguesia do Canidelo encontra-se acima dos 23737 habitantes, sendo a mesma constituída essencialmente por adultos (20 aos 50 anos), distribuída maioritariamente por vivendas e apartamentos. É considerado um povoamento disperso, o qual pode usufruir de água canalizada, de rede de esgotos e de uma Etar, assim como, de inúmeros recursos comerciais entre os quais se destacam os hipermercados, os centros comerciais, as lojas de rua e as feiras.

Ao serem realizadas actividades económicas relacionadas com o comércio, agricultura, indústria, pesca e prestação de serviços, esta região é composta por diferentes vias de comunicação (ruas, auto-estradas e caminho-de-ferro) que lhe permite possuir uma vasta rede de transportes, englobando o autocarro, o táxi e o barco.

Assim sendo, não só a rede escolar, constituída pela pré-escolaridade, 1º, 2º, 3º Ciclos do Ensino Básico e Secundário, usufrui das infra-estruturas acima descritas. Também as creches, o atl e os serviços médicos existentes o fazem.

Nesta freguesia podem-se encontrar diferentes instituições públicas como por exemplo, a Junta de Freguesia, a Guarda Nacional Republicana, uma estação de Correios, um Centro de Saúde, uma Igreja e um Quartel de Bombeiros.

Para além destas, existem ainda outras com o objectivo de apoiar a comunidade a nível cultural, através da criação de associações culturais e recreativas; a nível desportivo e lúdico com a construção de espaços verdes, entre os quais se encontram quintas, jardins e parques infantis.

Hoje em dia, assiste-se a um crescimento da região a nível económico e social, todavia o seu passado prende-se à actividade piscatória e agrícola, sendo considerado um dos principais problemas do meio a existência de famílias carenciadas.



4.2 Caracterização da escola

A Escola EB1/JI do Viso encontra-se localizada na Rua do Corgo, número 365, sita na zona do Viso, na freguesia de Canidelo, em Vila Nova de Gaia, sendo considerada uma TEIP, a qual se enquadra num agrupamento vertical.

O corpo docente é constituído por nove docentes titulares de turma, dois professores de apoio, e também, uma professora de Educação Especial, sendo na totalidade treze docentes, tendo em conta que existe ainda um par pedagógico. Estão incluídos o apoio do Gabinete de Inserção Social (GIS), de professores da GAINIMA para as actividades extra-curriculares (TIC, Inglês, Expressão e Educação Musical, Educação e Expressão Físico – Motora), e o apoio ao estudo, assegurado pelos titulares de turma.

Quanto ao pessoal auxiliar, existem três tarefeiras para alunos com Necessidades Educativas Especiais, três auxiliares da acção educativa no primeiro ciclo, duas ajudantes a prestar serviço comunitário no pré-escolar, e ainda, três auxiliares distribuídas pelas várias turmas, considerando a totalidade de 226 alunos.

No ano lectivo actual, existem três turmas no Jardim de Infância, duas turmas do primeiro, duas do segundo e duas do terceiro ano; existe ainda uma turma com terceiro e quarto ano, em regime de par pedagógico, e, finalmente, uma turma do quarto ano.

No seio da estrutura discente, existem algumas referências a nível de Necessidades Educativas Especiais, nomeadamente dois alunos com PHDA, um aluno com autismo, uma aluna com deficiência visual e outra criança com dificuldades de aprendizagem.

Relativamente ao horário lectivo, este inicia às 9H00 com intervalo de recreio das 10h30 às 11h00, reinicia às 11h00 e termina para intervalo de almoço às 12h00. Da parte da tarde recomeça pelas 13h30 até as 15h30, havendo um intervalo compreendido entre as 15h30 e as 16h00, e recomeça até às 17h30.

A escola é composta por 3 edifícios, sendo um deles de tipo Plano Centenário e outro de tipologia P3, pelos quais estão distribuídas treze salas de aula, e onde não existem barreiras arquitectónicas e/ou elevadores.

Esta infra-estrutura é constituída por diferentes espaços, entre os quais se podem mencionar a cantina, que serve refeições diárias através de uma empresa de distribuição alimentar, situada no edifício que apresenta maiores dimensões. É considerada uma secção polivalente, utilizada para se guardar material desportivo alusivo à disciplina de Expressão e Educação Física - Motora, e também, para a realização de actividades lúdicas e desportivas. Existem dez casas de banho distintas, sendo duas destinadas aos docentes e auxiliares e as restantes aos alunos, estando distribuídas pelos diversos edifícios escolares.

Destaca-se a única sala específica de Tecnologias de Informação e de Comunicação, sendo esta composta por material informático como dois computadores com acesso à internet, uma impressora e uma fotocopiadora. A escola tem também uma biblioteca, na qual os alunos têm a possibilidade de requerer e levar diversos livros para leitura, ou simplesmente, de consulta complementada por uma sala de arquivo.

É constituída ainda pela sala de professores, na qual se convive, se reúne e se discutem ideias, e também, pela sala destinada à associação de pais. Por último, resta mencionar o espaço referente ao recreio ao ar livre que abrange toda a infra-estrutura.

Quanto ao material didáctico, a instituição possui jogos didácticos e lúdicos, puzzles, tangrans, geoplanos, carimbos, mapas, e ainda, cartazes alusivos a vários temas. Ao mesmo tempo, detém material para as actividades físico - motoras como bolas, colchões e coletes. A nível da Expressão e Educação Musical cada discente tem uma flauta, assim como outros instrumentos úteis à sua aprendizagem, entre os quais se encontram os xilofones, as maracas, as pandeiretas e os guizos.

A nível de material de apoio, a escola ainda não tem quadros interactivos, mas já possui data show, diversos computadores distribuídos pelas salas, dois retroprojectores e televisão em todas as salas de aula. Na secção polivalente, podem ser encontrados ainda quatro leitores de CD, uma impressora e fotocopiadora, e também, um telefone fixo.

A escola EB/JI do Viso encontra-se localizada num meio rural, cuja população é considerada muito carenciada, existindo um número significativo de famílias que vivem do rendimento mínimo social. Como consequência, os docentes procuram angariar diferentes formas de apoio (organização de festas, feiras e eventos) para que os alunos mais carenciados a nível económico, social e pessoal possam usufruir das mesmas oportunidades que as restantes crianças, visto que a grande maioria provém de famílias desestruturadas.



4.3 Caracterização da turma

A turma é constituída por 19 alunos do 3.º ano de escolaridade, 6 do sexo masculino e 13 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos.

O número de elementos deve-se à redução de turma, devido à presença de uma aluna com PHDA ao abrigo do Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro. No decorrer deste ano lectivo, foi sinalizada, nesta turma, uma aluna com Necessidades Educativas Especiais caracterizada por deficiência visual e dificuldades de aprendizagem.

A nível docente, a turma é composta por uma professora titular de turma, um professor contratado de Expressão e Educação Física e Motora, assim como, por uma professora de Educação Especial.

O espaço físico da sala apresenta uma boa construção de uma maneira geral, verificando-se a existência de um bom pavimento, luminosidade e arejamento, assim como, isolamento térmico. Ao mesmo tempo, o acesso à mesma é considerado amplo e com rampas, apresentando de uma maneira geral um bom estado de conservação e de pintura.

Relativamente aos recursos materiais, constata-se que a sala em questão é composta por vinte e quatro cadeiras e doze mesas que se encontram de frente para um quadro preto de giz. Para guardar o material da turma, são utilizados dois armários, nos quais se podem encontrar livros alusivos às diferentes temáticas abordadas, assim como, dicionários de Língua Portuguesa. Acrescenta-se ainda a existência de uma televisão, de

um retroprojector, de uma máquina fotográfica e, por último, um computador com ligação à internet pertencente à Professora Titular de Turma.

4.4 Caracterização da aluna/família

A Maria frequenta, actualmente, o terceiro ano de escolaridade na escola EB/JI do Viso, tendo iniciado o seu percurso escolar nesta instituição apenas no primeiro ano aos 6 anos de idade.

Esta aluna tem um percurso muito diferente de todos os seus pares. A mesma vive numa família de acolhimento constituída pelos seus tios e primos, sendo todos eles menores de idade com idades compreendidas entre 6 e os 17 anos de idade, e em situação escolar obrigatória. O agregado familiar da Maria é, portanto, constituído pela sua tia, actual tutora da criança ditado pelo Tribunal de Menores, sendo esta casada e mãe de três filhas que se encontram ao seu cuidado. As suas descendentes mais velhas têm dezassete anos, sendo gémeas, e a mais nova tem seis anos de idade. Para além da Maria, a sua encarregada de educação cuida igualmente de uma sobrinha. As situações profissionais dos tutores da criança prendem-se à construção civil e à área de serviço de limpezas, tendo como habilitações literárias o quarto e sexto anos de escolaridade, respectivamente. É considerada uma família carenciada. A sua contextualização familiar deve-se ao facto de a sua mãe ter falecido quando a Maria tinha apenas um ano de idade. O seu pai emigrou para França e, desde sempre revelou um claro desinteresse pela filha, deixando ficar quatro filhos órfãos de mãe, conseqüentemente. A criança foi entregue a uma família de acolhimento aos três anos, contudo não conseguiu adaptar-se e foi estipulado através do tribunal de menores a sua entrega à tia materna, a qual continua até hoje sobre os seus cuidados, encontrando-se separada dos restantes irmãos. Os únicos dados existentes acerca destas crianças referem-se às suas idades compreendidas entre os 4 e os 13 anos de idade.

Sabe-se que a Maria nasceu de parto normal, a 18 de Julho de 2001 no Hospital de Vila Nova de Gaia, tendo ambos os progenitores 26 anos de idade, sendo esta a quarta filha do casal. Durante o período Pós-Natal, a criança não revelou quaisquer problemas imediatos, verificando-se mais tarde que começou a caminhar apenas aos 2 anos de idade e a sua oralidade foi iniciada mais tarde do que o habitual.

Relativamente ao seu percurso escolar na escola em questão, verifica-se que a aluna frequentou o Jardim de Infância em 2006/2007, e de seguida transitou para o 1º ano de escolaridade no ano lectivo 2007/2008 e foi sinalizada com PHDA, pelo médico de Clínica Geral e pela professora titular de turma, nesse ano lectivo concretamente, o qual terminou com aproveitamento. A aluna foi desde cedo identificada por uma Necessidade Educativa Especial (NEE), cujo nível de limitação é bastante acentuado no domínio emocional e da personalidade. Como consequência, neste ano de escolaridade, foram focados os objectivos e conteúdos assentes nas competências sócio cognitivas a desenvolver na criança, assim como, o apoio às aprendizagens dos conteúdos curriculares em vigor.

Através do Plano Educativo Individual (PEI) elaborado em Dezembro de 2007, a Maria revela um comportamento agitado e agressivo, muitas vezes provocado pela dificuldade em aceitar a autoridade e as regras na sala de aula, assim como as de convivência social, afectando a sua socialização. A nível de realizações actuais, a criança demonstra facilidade em lavar-se, vestir-se e alimentar-se sozinha revelando alguma autonomia nesse sentido. Quanto ao nível de comunicação, a criança contém uma linguagem expressiva espontânea sem qualquer tipo de inibição, contando as situações do seu dia-a-dia, através de um discurso claro e coerente. Por outro lado, ao ser interpelada esta responde ao que lhe é solicitado podendo não o concretizar por não ter vontade. Relativamente à área da cognição, sabe-se que a Maria é capaz de dizer o seu nome, a sua idade e refere os nomes dos seus colegas e familiares com facilidade, revelando também uma boa percepção visual, auditiva e táctil. Pelo contrário, e resultante da patologia inerente à mesma, apresenta dificuldades de concentração e manutenção da atenção. Acrescenta-se ainda que no âmbito das actividades académicas, a aluna necessita de estratégias de incentivo da leitura na área da Língua Portuguesa, e também, de ajuda na realização das diferentes operações matemáticas devido aos problemas de leitura e escrita que apresenta.

Como forma de actuação perante este conjunto de factores, foi necessária a implementação de respostas e medidas educativas, nomeadamente inúmeras adequações curriculares, e também, adequações nos momentos de avaliação. Ao mesmo tempo, foi necessário o apoio pedagógico personalizado, através da educação especial, e a adequação na organização de turmas.

Assim sendo, e segundo o relatório técnico-pedagógico por referência à CIF realizado no final do ano lectivo 2007/2008, a Maria conseguiu atingir períodos de maior concentração e atenção, apesar de ter por vezes momentos de instabilidade emocional, entrando em conflito com os seus colegas e adultos. De certa forma, desafia a autoridade dos mais velhos procurando impor a sua própria vontade, destabilizando a turma no seu conjunto. Todavia, o seu relacionamento interpessoal já sofreu uma melhoria no sentido em que a aluna já espera pela sua vez para falar, e também, aceita a opinião dos seus colegas. Esta situação acontece com pouca frequência, tal como a aceitação das regras dentro e fora da sala de aula, as quais procura sempre desrespeitar. Para além destes factores, a Maria é bastante acompanhada na escola não só pela turma e pela professora, mas também pelos restantes encarregados de educação do grupo, no sentido em que todos conhecem o seu comportamento agressivo e instável. Ao longo do ano lectivo, foi utilizado material informático como reforço das aprendizagens e como forma de estimular a aluna na concretização de diversas tarefas, verificando-se então que a mesma se revelou mais empenhada, acontecendo com maior frequência quando tem apoio directo e individualizado da docente de turma e da professora de educação especial.

Através desta avaliação, foi possível identificar as razões que determinam a NEE de carácter permanente sendo que a aluna apresenta limitações graves na actividade e participação, no que diz respeito às funções emocionais e à leitura e escrita, resultantes de problemas ao nível das funções mentais específicas. Para além das medidas tomadas inicialmente, decidiu-se apostar na utilização de tecnologias de apoio, na realização de aulas de natação e na presença de uma tarefeira, incluindo ainda o acompanhamento em Pedopsiquiatria.

Já no 2º ano de escolaridade, o perfil da aluna indica que mantém os mesmos problemas em se manter atenta e concentrada durante a realização de qualquer tarefa, necessitando pois de apoio para que consiga interpretar os diferentes enunciados e organizar as suas respostas. A sua participação a nível académico sofreu algumas alterações, visto que a criança já adquiriu o mecanismo da leitura necessitando apenas de consolidar alguns fonemas, grafemas e casos de leitura. Ao mesmo tempo, revela um maior empenho e acompanhamento na aprendizagem dos conteúdos matemáticos. Ainda assim, é importante referenciar que a Maria é bastante acompanhada por todos na

escola, contudo o contexto familiar no qual está inserida não favorece a sua aprendizagem, visto que a mesma não concluiu as suas tarefas escolares demasiadas vezes.

Como foi já mencionado, foram concebidas inúmeras adequações no processo de ensino e aprendizagem durante o ano lectivo 2008/2009 nomeadamente a nível do apoio pedagógico personalizado, tendo por base o (a) reforço das estratégias utilizadas no grupo ou turma aos níveis da organização, do esforço e das actividades; (b) o estímulo e reforço das competências e aptidões envolvidas na aprendizagem; (c) antecipação e reforço da aprendizagem de conteúdos leccionados no seio do grupo/turma e (d) reforço e desenvolvimento de competências específicas (Artigo 17º). Para além destas medidas educativas, a aluna beneficia desde o final do 1º período de uma sessão semanal de musicoterapia.

Acrescenta-se ainda que foram verificados alguns progressos, referentes ao nível de interesse e concentração nas tarefas contribuindo para melhorar a sua auto-estima e auto-confiança. Tal facto deve-se à articulação e ao acompanhamento sistemático de diferentes profissionais que permite uma melhor intervenção educativa para um desenvolvimento das áreas fracas da Maria, concretamente a atenção e concentração.

Relativamente ao ano lectivo actual, foi realizada uma avaliação diagnóstica na qual se distinguiram as inúmeras dificuldades da aluna, nomeadamente relacionadas com o fraco interesse pelo estudo, a constante falta de atenção/concentração, assim como, o desrespeito pelos colegas no momento de participar na aula. Desta forma, foram analisadas também as questões referentes à sua consciência cívica e moral, ao relacionamento com os colegas e o respeito pelos outros. Acrescenta-se ainda a sua baixa autonomia e falta de confiança em si próprio, revelando consequentemente uma carência afectiva/material, sendo considerados os principais obstáculos a ultrapassar. A nível da aprendizagem, verifica-se uma insuficiente metodologia e organização de trabalho, tornando-se uma tarefa árdua a concretização total dos trabalhos de casa. Esta aluna revela dificuldades na aplicação de conhecimentos, demonstrando um baixo interesse pelos assuntos escolares e não só.

Assim sendo, o tipo de estratégias a implementar assenta nas adequações no processo de avaliação (Artigo 20º) referentes à alteração do tipo de prova, sendo dado mais tempo para a resolução das actividades que, por sua vez, são alteradas com o

objectivo da concretização total das mesmas. Para além disso, mantêm-se as medidas educativas aplicadas nos anos lectivos antecedentes relativamente ao apoio individual directo do professor titular de turma e da professora de Educação Especial (cinco horas semanais), assim como, à utilização de outros recursos pedagógicos como o uso de tecnologias de apoio. Ainda assim, a aluna beneficia de uma sessão de musicoterapia por semana através da Gaianima, ao mesmo tempo, foi proposto o acompanhamento psicológico com uma técnica da Cercigaia.

Outro aspecto relevante, é a tomada diária de Risperdal (1 mg em comprimido administrado às 9h pela professora titular de turma) para a PHDA, e ainda, 50 mg em comprimido de Sertadina e Ratiopharm à noite para a depressão, sendo esta uma medicação usada recentemente.

De acordo com vários relatos de educadoras e professoras que acompanham a criança desde a sua entrada na escola, o desenvolvimento da Maria revelou-se irregular quanto à sua autonomia, no sentido em que a mesma apenas conseguiu alimentar-se e tratar da sua higiene quando frequentava o 2º ano de escolaridade; por outro lado, a nível da manipulação a criança apresenta alguma dependência, pelo facto de não conseguir realizar pequenas tarefas individualmente, necessitando de ajuda da professora e/ou da tarefeira.

Desde sempre apresentou dificuldades de integração entre os pares, alguma violência com os adultos e colegas, e também, sérias dificuldades no cumprimento de regras básicas no contexto escolar e social. Como consequência, a aluna continua a revelar momentos de baixa auto-estima e sente rejeição por parte de tudo e de todos. Ao ter oportunidade para observar o seu comportamento, verificou-se que a mesma demonstra uma atitude irrequieta em lugares públicos, nomeadamente no recreio. Desta forma, procura apenas a companhia de duas colegas com as quais consegue identificar-se e “proteger-se”. Em concreto, reconhece-se que a aluna tem sérias dificuldades em manter-se concentrada e empenhada durante as sessões de musicoterapia, no sentido em que não “ouve” o que lhe é solicitado ignorando a professora, mostrando-se desinteressada aliado a uma atitude agitada, a qual não lhe permite permanecer até ao final da sessão.

Através da sua observação, pretende-se determinar as suas maiores dificuldades de modo a delinear diversas propostas de intervenção, tendo como base a influência da musicoterapia na PHDA.

CAPÍTULO V: DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

A escolha deste tema para o estudo de investigação a concretizar baseou-se no interesse pessoal e profissional do investigador pelo mesmo. No sentido em que, e convicta de vir a trabalhar com crianças hiperactivas, este estudo despertou a curiosidade e a necessidade de conhecer melhor todo o trabalho desenvolvido com a aluna em questão ao nível da manutenção da atenção na área da musicoterapia, uma vez que seria essa a área de intervenção. Assim sendo, a presente investigação pretenderá conduzir ao conhecimento do perfil intra-individual da criança em estudo, tendo em conta a aquisição de competências a nível comportamental, a nível do desenvolvimento social e afectivo, e ainda, do desenvolvimento cognitivo, concretamente a área da linguagem e comunicação. Entende-se a selecção destas áreas por estarem directamente relacionadas com a temática abordada.

Tendo em conta o PEI (Plano Educativo Individual) referente ao 2º Período deste ano lectivo, de inúmeras observações realizadas durante o mês de Maio e Junho à criança quer na sala de aula, na sala de musicoterapia e/ou no recreio, e ainda através de reuniões com a professora de Educação Especial criaram-se as listas de observação – checklists – onde se registaram os resultados da observação e avaliação feita à aluna, assinalando as competências adquiridas, emergentes ou não adquiridas. Cada área/subárea observada, é constituída por um determinado número de objectivos e, de acordo com o observado, registaram-se os êxitos e os fracassos da aluna. Quando em cinco das vezes observadas, cada objectivo foi atingido 4 ou 5 vezes, verificou-se que está Adquirido (A); quando no mesmo número de observações atingiu pelo menos 3 vezes o objectivo, considerou-se que se apresentou Emergente (E); quando atingiu 2, 1 ou 0 vezes o objectivo, está Não Adquirido (NA).

Posteriormente calculou-se o valor da percentagem, tendo em conta o número total de objectivos observados em cada área e o número de objectivos atingidos. A partir das percentagens obtidas foi atribuído o nível de realização de cada área observada sendo classificada por Área Fraca, quando os valores obtidos se situaram entre 0% e

49%; Área Emergente, quando os valores atingidos se situaram entre 50% e 75% e Área Forte quando os valores ficaram entre os 76% e os 100%.

Consequentemente foi realizado um tratamento de dados dos resultados adquiridos em cada checklist, associado a observações consideradas pertinentes relativamente aos desempenhos conseguidos. O valor da percentagem que aparece em cada gráfico foi calculado de acordo com o número total de itens observados em cada subárea.

A apresentação dos dados foi concebida através de gráficos de barras com a respectiva legenda: cada subárea é apresentada com o gráfico correspondente; de seguida, reuniram-se os dados de cada área num único gráfico para ter uma visão de conjunto das Áreas Fortes (Adquiridas), Fracas (Não Adquiridas) ou Emergentes.

Desta forma, torna-se possível identificar as áreas que serão objecto de intervenção, dentro das capacidades da escola, da turma e da aluna, e posteriormente, permitir que sejam encontradas alternativas para ultrapassar as dificuldades reveladas.

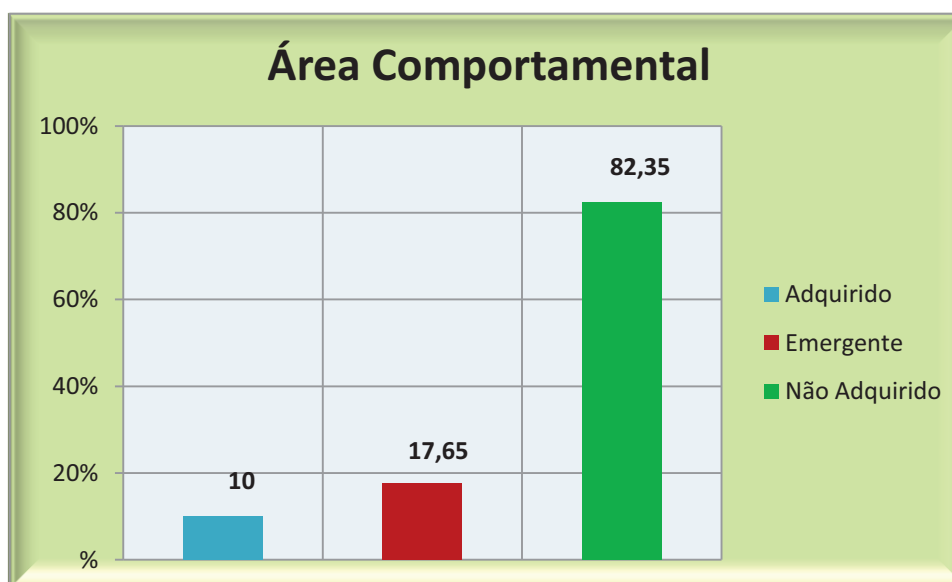
5.1 Avaliação das áreas em observação

Área Comportamental

Competências específicas	A	E	NA
Acalma-se a si próprio		X	
Mostra-se irrequieto ou demasiado activo			X
Distrai-se facilmente			X
Respeita as outras crianças			X
Chora com frequência e facilidade			X
Altera o seu humor de forma rápida e drástica			X
Mostra-se agitado perante as outras crianças ou adultos			X
Comporta-se de forma explosiva e imprevisível			X
Expressa a sua frustração			X

Lida tranquilamente com situações e actividades recreativas		X	
Preenche o seu tempo livre de forma independente		X	
Conclui as actividades que inicia			X
Permanece sentado durante longos períodos de tempo			X
Mantém-se atento durante a realização de tarefas			X
Reage ao barulho da sala de aula			X
Responde a mudanças e a novas experiências			X
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais			X
Compreende as regras estabelecidas na sala de aula	X		
Cumpe as normas e regras simples			X
Revela interesse pelas actividades propostas	X		

Objectivos: 20 A= 2 E= 3 NA= 15



Observações:

Através da observação do comportamento da aluna e dos itens avaliados verifica-se que a Maria tem graves dificuldades em manter-se concentrada e atenta durante a realização de tarefas, assim como, manter uma postura adequada perante algumas situações.

Ao ser confrontada com a concretização de actividades na sala de aula revela um comportamento agitado sem saber ao certo por onde iniciar, solicitando a ajuda de colegas, perturbando o ambiente da sala de aula. Constata-se que a aluna sabe fazer o que lhe é solicitado, apesar de necessitar de algum tempo para reflectir, contudo procura apoio por ter receio de errar e de não terminar a tarefa.

Trata-se de uma área fraca, atingindo 82,35% de objectivos não adquiridos, que necessita de ser promovida continuamente de forma a poder alterar a sua postura irrequieta e agressiva perante os seus pares. A Maria revela insegurança e baixa auto-confiança no sentido em que, no tempo do recreio, foi dada a oportunidade de verificar que a mesma não se relacionava com os outros colegas a não ser com uma aluna da turma. Durante as suas brincadeiras, a aluna demonstrou uma mistura de sentimentos, pois revelava momentos de carinho com a colega ao mesmo tempo que começava a gritar e a saltar constantemente. Neste sentido, a criança acabou por confessar que se sente rejeitada pelos colegas que, apesar de demonstrarem alguma preocupação com ela, evitam brincar ou procurar a sua companhia na medida em que não aceitam a sua atitude explosiva e imprevisível.

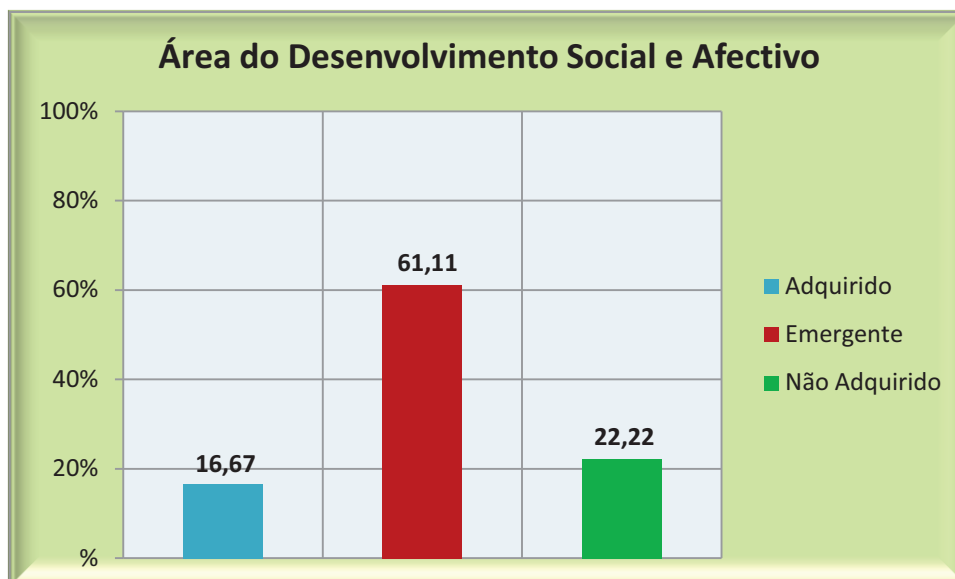
Por outro lado, a criança mostra alguns sinais de “calma” perante inúmeras situações na sala da aula quando é interpelada pela professora acerca de um assunto no qual se sente à vontade, como por exemplo, na área de Matemática ou de Expressão Plástica.

Reconhece-se que é uma área que sofre intervenção desde a sua entrada na escola, tendo sido acordado que a Maria precisa de sessões de Musicoterapia, como uma terapia eficaz na moderação do seu comportamento e na manutenção da atenção. Apesar deste esforço, a aluna revela indiferença pela mesma continuando a acusar dificuldades nestes aspectos.

Área do Desenvolvimento Social e Afectivo

Competências específicas	A	E	NA
Espera pela sua vez em silêncio			X
Inicia conversações autonomamente		X	
Trabalha com motivação pessoal		X	
Estabelece contacto ocular com os adultos e com as outras crianças	X		
Consegue controlar a impulsividade			X
Supera as reacções de irritabilidade			X
Arruma os seus materiais		X	
Brinca com os pares da turma por iniciativa própria		X	
Cumprir instruções ou regras claras		X	
Interage correctamente com colegas e adultos		X	
Respeita o trabalho dos outros		X	
Realiza interacções lúdicas simples		X	
Expressa necessidades e desejos adequadamente		X	
Partilha com os outros de boa vontade	X		
Reage de forma apropriada às suas emoções e às dos outros		X	
Tem competências de jogo apropriadas		X	
Trabalha em colaboração com as outras crianças	X		
Mantém uma atitude emocional regular			X

Objectivos: 18 A= 3 E= 11 NA= 4



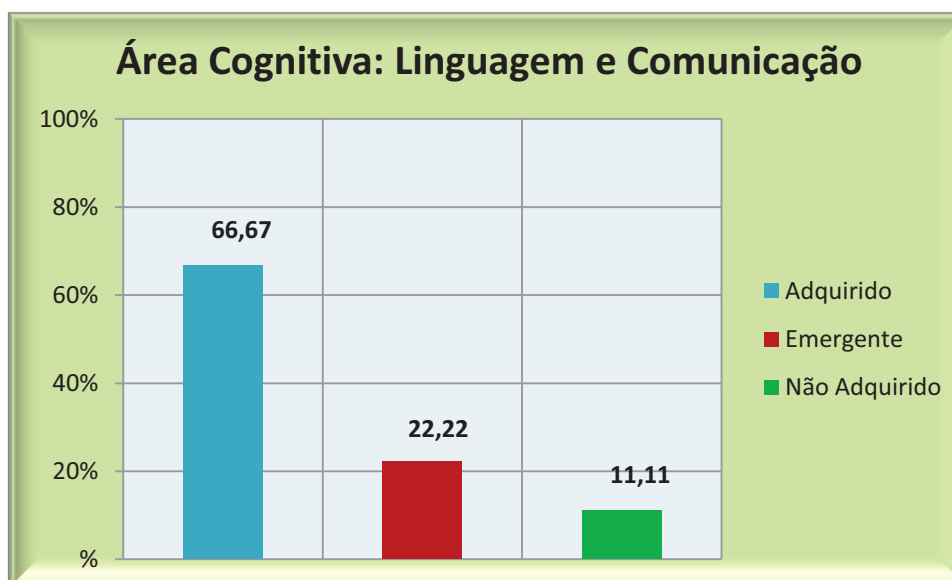
Observações:

A nível do desenvolvimento social e afectivo, a aluna demonstra algumas melhorias no sentido em que procura trabalhar com os colegas, partilhando os seus materiais e estabelecendo contacto ocular com eles e com os professores, apresentando 16,67% dos itens adquiridos. Contudo, a Maria precisa de modificar alguns aspectos na medida em que exige alertas constantes acerca de cumprimento de regras, quer a nível de aprendizagem quer a nível lúdico, procurando interagir com os pares de forma ordeira e correcta, o que nem sempre se verifica devido ao seu temperamento. Pessoalmente, tenta trabalhar por iniciativa própria e conversar apesar de aguardar pelo estímulo da professora. Entende-se portanto que se faz referência a uma área emergente, na qual se apresentam resultados de 61,11% contrapondo os 22,22% de objectivos não atingidos. Estes últimos referem-se à dificuldade da criança em controlar os seus impulsos e manter um estado emocional equilibrado, que lhe confere algumas perturbações no relacionamento interpessoal.

Área do Desenvolvimento Cognitivo (Linguagem e Comunicação)

Competências específicas	A	E	NA
Identifica-se ou diz algo sobre si própria		X	
Faz perguntas	X		
Responde a perguntas		X	
Pergunta o nome do interlocutor	X		
Envolve-se numa conversação	X		
Relata vivências/experiências	X		
Estabelece contacto visual com o professor e colegas	X		
Nomeia diferentes partes do corpo			X
Usa palavras suas para descrever situações	X		

Objectivos: 9 A= 6 E=2 NA= 1



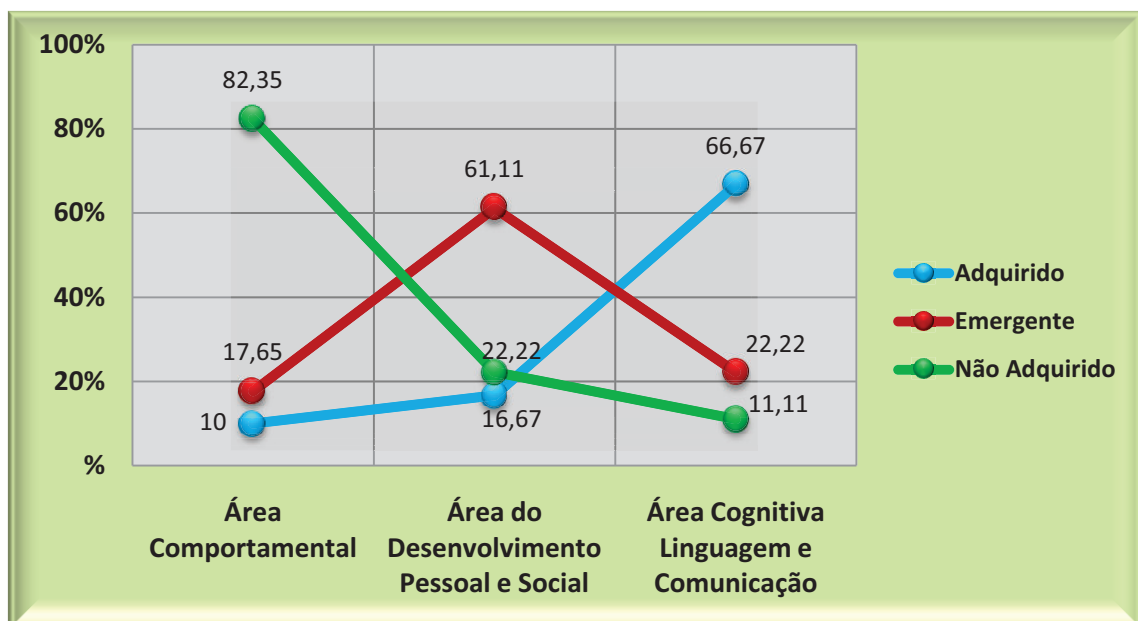
Observações:

Através da avaliação da aluna a nível da linguagem e comunicação, verifica-se que a Maria desenvolve com alguma facilidade o seu discurso, nomeadamente quando lhe é dado o papel principal numa determinada actividade. Apesar de mostrar alguma timidez e irritabilidade, a criança consegue usar palavras suas e ser bastante curiosa em relação ao que a rodeia. Por outro lado, tem alguma dificuldade em falar de si própria e de responder a perguntas fingindo que não percebeu e dando a volta à questão.

Constata-se que se trata de uma área forte, na qual foram atingidos 66,67% dos itens avaliados contrapondo os 22,22% referentes ao problema de auto-identificação, sendo algo a melhorar.

Acrescenta-se ainda o facto de a aluna demonstrar que não consegue identificar as diferentes partes do corpo, no sentido em que, numa sessão de musicoterapia foi solicitada uma coreografia relacionada com uma música infantil, na qual a criança se atrapalhou na colocação da mão direita e esquerda quando mencionadas.

5.2 Perfil Intra-Individual da aluna



Observações:

Ao construir e analisar as grelhas de observação, verifica-se que a Maria desenvolve com facilidade a sua área cognitiva, concretamente a linguagem e a comunicação, ao contrário do seu comportamento e da sua socialização que revelam inúmeros obstáculos a ultrapassar. Considerada uma área forte, a comunicação feita pela aluna é clara num discurso próprio e entusiasta que lhe permite interagir com os seus colegas na sala de aula, sendo este um ponto favorável ao seu relacionamento entre pares. São relatadas vivências e situações pela própria para toda a turma, fazendo com que se sinta a protagonista durante algum tempo, permitindo que esta supere a sua frustração que sente noutras situações.

Pelo contrário, a sua integração e interacção com os seus colegas tem tendência a enfraquecer devido à sua postura irrequieta e agressiva demonstrada repetidas vezes ao longo do dia, o que confere um afastamento e rejeição por parte dos mesmos. A prova dada é o facto de a Maria brincar e falar apenas com uma colega sua, durante o recreio, com a qual se sente à vontade. Aqui a criança revela não só momentos de tranquilidade, ao mesmo tempo que, de forma imprevisível demonstra alguma agressividade. Reconhece-se o facto de a aluna conhecer as regras na sala de aula e de convivência, mas a sua postura impulsiva torna-se difícil de controlar e, por isso, não corresponde eficazmente ao que lhe é solicitado. Tem dificuldade portanto em aguardar pela sua vez em silêncio, assim como, de moderar a sua “energia”.

Assim sendo, a sua “hiperactividade” contribui para que possua um comportamento explosivo e agitado revelando uma postura incorrecta em diferentes contextos, tratando-se de um aspecto a ser trabalhado desde cedo pelo que se nota maior calma na aluna, actualmente. Estes momentos mais calmos devem-se ao conforto que a criança sente perante a turma, que apesar de rejeitá-la na hora de brincar, se preocupa com ela e permite que ela se destaque um pouco devido à sua problemática.

Apesar de tomar medicação, a Maria não consegue permanecer sentada ou concentrada nas suas tarefas durante longos períodos de tempo, não pelo facto de ser desinteressada, mas sim por se distrair com facilidade com os seus materiais em cima da mesa, com o pátio da escola ou mesmo com os movimentos dos seus colegas. Para melhorar a manutenção da atenção e moderar a sua actividade, no 2º ano de

escolaridade, a aluna foi encaminhada para sessões de Musicoterapia pelo menos duas vezes por semana, e revelou desde cedo dificuldades em interagir e participar nas actividades propostas. Ao ter sido dada a oportunidade de observar uma sessão, constatou-se que a criança se recusou a fazer qualquer actividade, mostrando-se agressiva para com a professora. Segundo a mesma, a Maria demonstra este comportamento desde o início do ano lectivo actual, tendo já faltado a algumas sessões.

Desta forma, pretende-se verificar de que modo se poderão sugerir intervenções para melhorar as áreas mais fracas da aluna, tendo em conta o seu relacionamento com a terapia abordada e a urgência em diminuir o seu défice de atenção. Encarando a desatenção como uma característica inerente à patologia que, consequentemente, provoca dificuldades de aprendizagem é necessário tirar proveito da terapia implementada como forma eficaz de “despertar” a aluna. Acredita-se que a música, pela sua capacidade lúdica e transformadora, possa cativar e motivar a Maria para novas aprendizagens. Procurar trazer junto dela situações novas e divertidas capazes de a envolver, juntamente com os seus pares, numa actividade alternativa e apropriada à sua situação. Apostar na capacidade de comunicação da aluna e na sua facilidade em se expor perante os seus colegas para que, de certa forma, consiga partilhar emoções e sentimentos através das tarefas propostas e para/em grupo.

Resumindo, faz todo o sentido intervir através de actividades a desenvolver individualmente e com os pares da criança no sentido de criar situações em que esta compreenda como deve interagir, como a realização de trabalhos de grupo, com intuito que as actividades a incrementar sejam benéficas para a Maria. Para que sejam atingidos resultados com êxito de forma a serem contornados obstáculos que vão surgindo, é essencial uma actualização contínua sobre as problemáticas em questão.

A determinação das áreas é fundamental para se proceder à reeducação das mesmas ou das subáreas que possam ser mais problemáticas. Através desta prática consistente, a aluna terá um enquadramento não só a nível escolar e social, assim como, a nível familiar que deverá estar consciente da evolução da criança e ser alertada para eventuais comportamentos. Após a avaliação das áreas fortes, fracas e emergentes, é delineado um plano de intervenção adequado no caso em questão, de acordo com os ritmos de aprendizagem divergentes de cada criança, devendo ter currículos adaptados que contribuam para o seu desenvolvimento.

CAPÍTULO VI - PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

“ (...) importa definir o problema, encontrar-lhe as raízes, desenhar as soluções.”
(Antunes L., 2009)

Ao ser abordada a problemática PHDA, considerado um distúrbio cada vez mais vulgar em contexto escolar, é importante ter em conta a falta de atenção por ser a manifestação concreta da dificuldade que a criança sente em concentrar-se, a qual consiste na distração fácil através de diferentes estímulos. Posteriormente, procura ter um comportamento opositor quando lhe é exigido algum esforço mental.

As manifestações deste distúrbio comportamental podem sofrer influência do quadro escolar, nomeadamente, na atitude adoptada pelo professor perante a indisciplina e na forma como a escola se organiza. O docente deve elucidar acerca de registos sobre a irrequietude da criança, e ainda, a sua execução de tarefas e concentração nas mesmas; para além disso, deve ser evidenciada a relação de cooperação que mantém com o aluno, assim como, as estratégias usadas para lidar com o comportamento do mesmo. Para além destes factores, é importante atender às condições familiares e sociais que rodeiam a criança incidindo sobre os comportamentos adoptados, as normas e cumprimento de regras no seio familiar.

Sendo assim, é na escola que se torna fundamental observar esta problemática para que seja usada uma estratégia que incida sobre o progresso académico pessoal da criança. A intervenção deve incidir sobre as áreas fracas e emergentes, de forma a ultrapassar as principais dificuldades da aluna e, ao mesmo tempo, continuar a promover os seus pontos fortes que lhe transmitem segurança.

De forma a poder propor intervenções no sentido de melhorar a atenção da Maria foi realizada, inicialmente, a avaliação compreensiva da aluna cujo objectivo assentou na determinação das áreas fracas, fortes e emergentes. A partir deste ponto foi possível traçar o perfil individual da criança. A partir desta apreciação serão elaboradas estratégias e actividades assentes na área comportamental e na socialização da Maria, devendo ser aplicadas, consistentemente, ao longo de diversas sessões de Musicoterapia.

1ª Proposta de Intervenção

“ Os pequenos compositores”

Fases da Sessão	Conteúdo	Metodologia	Objectivos	Material
Fase Inicial	Aquecimento	As crianças estão sentadas em círculo e de frente para a docente e todos cantam a música: “Bom dia, eu hoje tenho música!” acompanhada de uma pequena coreografia.	Exploração do próprio corpo.	
Fase Principal	Exploração de instrumentos musicais	<ul style="list-style-type: none"> a) A professora apresenta diferentes instrumentos musicais que serão escolhidos por cada aluno; b) Os alunos tocam os instrumentos que escolheram, compondo uma melodia; c) Cada discente toca para a restante turma, tendo que imitar a composição de cada um de seguida. 	<p>Exploração de instrumentos musicais.</p> <p>Composição de uma melodia.</p>	Instrumentos musicais
Fase Final	Relaxamento	Os alunos sentam-se novamente em círculo e falam da experiência como “compositores”.	Expressão de sentimentos.	

A primeira proposta de intervenção incide sobre a forma espontânea que a criança revela ao tocar qualquer instrumento musical, e ao mesmo tempo, pretende-se pôr em prática a criatividade da mesma. É aqui que ela tem oportunidade de se tornar numa “pequena compositora” em vinte minutos.

Inicialmente, e durante cerca de três minutos, os quatro alunos participantes em sessões de musicoterapia estão sentados em círculo virados para a professora, e cantam a música: “Bom dia, eu hoje tenho música” acompanhada de uma pequena coreografia. De seguida, a docente apresenta diversos instrumentos. Ao dispor das crianças estão o xilofone, as maracas, o batoque e o triângulo de madeira (anexo V), escolhendo aquele com o qual se identificam mais. Posteriormente, os alunos transformam-se numa orquestra na qual podem experimentar os instrumentos que escolheram, usando diferentes ritmos e melodias individualmente durando esta etapa cerca de cinco minutos. Ao ser focada a criatividade e espontaneidade da criança, cada discente demonstra aos restantes a melodia que criou para que o ritmo desta seja, posteriormente, recriado por eles, sendo dados dez minutos para o fazerem. Para terminar, e tendo apenas dois minutos, todos se sentam em círculo novamente para expressarem a sua opinião acerca da actividade.

Esta sugestão permite avaliar não só a capacidade de escuta, assim como, o comportamento que a Maria revela perante as actividades e os seus colegas. Ao ter sido constatada a sua dificuldade em adaptar-se e interessar-se nas sessões de musicoterapia, torna-se fundamental criar algo que desperte a sua atenção e, desta forma, tornar produtiva a terapia em questão.

Primeiramente é feita uma apresentação de inúmeros instrumentos que permitem dar à criança a liberdade de escolher o que prefere e com o qual se identifica, sendo este primeiro passo crucial para criar nela interesse pela actividade e, por conseguinte, manter a sua atenção. A segunda etapa antecipa a criação de uma melodia por cada aluno, tornando-se importante para a Maria sentir a liberdade e poder expressar as suas emoções, espontaneamente, tão próprio nela e de seu agrado. Finalmente, a “pequena compositora” tem a hipótese de revelar aos colegas a sua invenção e, conseqüentemente, aguardar pelo seu “feedback” revelando assim de que forma é que a mesma interpretou a tarefa proposta, assim como, os seus colegas. Ainda aqui, a criança terá que imitar a melodia criada pelos “compositores” da mesma orquestra, podendo assim conhecer e decifrar a utilidade dos diferentes utensílios musicais. Através desta actividade, e tal como já foi referido anteriormente, aposta-se na criatividade e autonomia da criança, sendo essencial para que seja trabalhada a sua atenção

procurando alertá-la e motivá-la para situações recreativas tão batalhadas em contexto educativo.

Procura-se, pela implementação da musicoterapia, proporcionar momentos de aprendizagem aliados à diversão, sem esquecer a importância de melhorar as principais dificuldades da aluna.

2ª Proposta de Intervenção

“ O espelho”

Fases da Sessão	Conteúdo	Metodologia	Objectivos	Material
Fase Inicial	Aquecimento	As crianças estão de frente para um espelho montado num “palco” e a professora pede para fazerem uma pequena massagem facial, e ainda, um breve aquecimento corporal.	Exploração do próprio corpo.	Espelho
Fase Principal	Exploração de músicas Exploração corporal e movimentos.	<ul style="list-style-type: none"> a) A professora apresenta diferentes músicas que serão escolhidas por cada aluno; b) Os alunos ensaiam a coreografia das músicas que escolheram; c) Cada criança dança para a restante turma no palco improvisado, tendo que imitar a coreografia de cada um de seguida. 	Exploração de músicas Composição de uma coreografia.	Leitor de CD CD'S Leitor MP3
Fase Final	Relaxamento	Os alunos sentam-se novamente em círculo e falam da experiência como “bailarinos”.	Expressão de sentimentos.	

Numa segunda sessão de musicoterapia, a sala da aula sofre algumas alterações no sentido em que é criado um pequeno “palco” no qual a professora se encontra para poder explicar às crianças o que irá desenrolar-se. Inicialmente, será feita uma breve massagem facial e um aquecimento corporal durante três minutos, de frente para um espelho colocado no “palco”. De seguida, a docente anuncia o tema da actividade, “ O espelho”, tendo como objectivo principal a imitação, novamente, mas de gestos sem ser necessário recorrer a instrumentos e/ou utensílios musicais. A priori, as crianças poderão mostrar algum desânimo pela actividade em questão visto que gostam de saber que podem utilizar os materiais disponibilizados na sessão anterior. Todavia, ao ser explicado que podem ouvir as suas músicas preferidas (anexo VI) e, posteriormente, criar as suas próprias coreografias acredita-se que as mesmas quererão tomar os seus lugares e “imaginar”. As músicas escolhidas para este exercício incidem nos gostos musicais das crianças, do conhecimento da docente e que se prendem, obviamente, com temas actuais de séries infanto-juvenis. Serão fornecidos aos alunos cerca de sete minutos para que possam escolher a música que querem e, de seguida, treinar os gestos e movimentações a demonstrar à medida que ouvem a melodia no leitor MP3. Posteriormente, cada aluno irá fazer uma pequena exibição da sua coreografia no “palco” que deverá ser imitada pelas restantes crianças durante sete minutos. Para terminar a sessão, a professora irá dar oportunidade aos alunos para que possam manifestar a sua opinião acerca das actividades realizadas.

A criação da técnica do espelho revela-se importante e interessante para aplicar, neste caso em concreto, pois permite mais uma vez suscitar motivação na Maria pela terapia. Ainda assim, torna-se possível trabalhar o seu comportamento perante a exibição de gestos e exposição diante dos seus colegas. Acredita-se que, através desta actividade a aluna consiga desinibir-se mas de forma controlada, pois encontra-se limitada a um determinado ritmo e sob o olhar de várias pessoas. A escolha da tarefa prende-se igualmente pelo facto de se reconhecer que a Maria possui uma boa capacidade de comunicação, sendo este apenas mais um motivo para alimentar este ponto forte, e obviamente, servir de ponte para melhorar a sua expressão e concentração em novas actividades. Por se observar que a criança gosta de ser o centro de atenções, procurando chamar a atenção para tudo aquilo que consegue realizar com razoável

êxito, julga-se ser interessante investir no gosto pessoal e na capacidade de concentração que a mesma consegue obter, promovendo actividades movimentadas, divertidas e, sobretudo, adaptadas à sua situação.

Resumindo, proporcionar bons momentos através da música e da dança complementando com a interacção entre pares, auxiliará a aluna a ultrapassar com maior facilidade os seus obstáculos tendo em conta tudo aquilo que se consegue obter nesta terapia.

CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a concretização deste trabalho de investigação, torna-se essencial evidenciar o seu principal objectivo, no sentido em que existe uma razão de ser para a escolha da temática.

Ao depararmo-nos com a problemática da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) em contexto escolar num futuro próximo, é importante esclarecer um pouco mais acerca da mesma, tendo em consideração os casos individuais de crianças com esta patologia. De uma maneira geral, reconhece-se o facto de as crianças com hiperactividade revelarem um comportamento agitado, irrequieto e/ou agressivo com tendência para desrespeitar regras dentro e fora da sala de aula, apresentando em muitas e variadas circunstâncias, *“um controlo inadequado sobre os seus próprios actos”* (Lopes, 2003). Não revelam má vontade ou falta de conhecimento, mas carecem de instrumentos internos que permitem atingir atitudes adequadas.

Partindo da observação da Maria, sem esquecer o ponto de partida deste estudo incidente na influência da musicoterapia na manutenção da atenção da criança com hiperactividade, foi possível fazer uma avaliação tão importante para uma futura intervenção. Tendo em conta algumas características inerentes a esta problemática, constatou-se que a aluna possui dificuldades em manter-se atenta e concentrada durante a realização de diversas tarefas, assim como, em procurar estar sentada ao longo de várias horas levando a alguma perturbação na sala de aula. Verificou-se a necessidade da criança exigir atenção dos colegas e da professora, mostrando-se impaciente e irrequieta, acalmando apenas quando solicitada para a concretização de algo. Apesar de uma das dificuldades dos sujeitos hiperactivos *“assentar na desorganização do discurso”* (Lopes, 2003), a Maria revelou ter uma oralidade inteligível e entusiasta procurando construir frases lógicas com palavras suas.

Constatando-se a implementação da musicoterapia para melhorar o aproveitamento escolar da criança em questão, considerou-se a hipótese de conduzir sessões desta terapia, reconhecida como uma *“ferramenta”* importante no desenvolvimento de competências a atingir. Assim sendo, ao saber qual a problemática da aluna, esta foi avaliada de forma a traçar um plano de intervenção nas áreas

manifestamente fracas. A avaliação foi realizada com o objectivo de a criança poder ter as suas possibilidades ampliadas e as suas limitações trabalhadas, de preferência por uma equipa multidisciplinar (Ferreira, n. d.). Segundo este autor, “*a escola deve-se preocupar com a formação humana e pessoal dos seus alunos*” incluindo aqueles com necessidades educativas especiais. Esta intervenção prende-se com o envolvimento e a capacidade do discente de se auto-realizar e participar plenamente na sua comunidade, dentro das suas limitações e aptidões. A ideia é ser-se flexível o suficiente para adaptá-los às necessidades de cada aluno. Em suma, a avaliação do seu desempenho a nível comportamental, social e comunicativo é um processo concebido para aumentar o conhecimento e a compreensão das capacidades e competências da criança.

Por conseguinte, é fundamental uma intervenção forte e constante que deverá ser implementada desde cedo, partindo de uma flexibilidade dos diversos agentes educativos, para que se possam atingir os objectivos pretendidos para satisfação de todos. A aplicação de medidas influenciará o seu comportamento, sendo necessária a diminuição de factores de distractibilidade dentro da sala de aula; a ajuda na organização do trabalho, procurando inculcar hábitos e métodos de estudo devendo utilizar inúmeros instrumentos de trabalho como por exemplo, calendários e relógios que emitam sonoridade ao atingir o tempo limite. Para além destes aspectos fulcrais, deve ser fornecido de forma sistemática, o reforço positivo como meio de diminuir a frustração tão própria na hiperactividade, sendo essencial o treino parental apostado na autoridade como forma de regular o comportamento. A nível da musicoterapia, é importante investir em situações que aproximem os diversos membros da turma, criando actividades dinâmicas e diferentes para fomentar a criatividade e a motivação que, conseqüentemente, actuarão sobre a atenção e sua manutenção.

Assim sendo, e reconhecendo que “*a atenção tem para o cérebro o papel do holofote num espectáculo: realça os actores principais, remetendo para a sombra os figurantes ocasionais*” (Antunes, L., 2009), é importante estar atento e disponível para apresentar novos caminhos e saídas a crianças com hiperactividade. Mostrar que se pode alterar o dia-a-dia através da criação de rotinas, treinos e com uma “pitada” de diversão em casa e, sobretudo, na escola de todos e para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry. 1983.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed, rev.). Washington, DC: Author. 2002.
- ANTUNES, N. L. *Mal-Entendidos. Da Hiperactividade ao Síndrome de Aspergen. Da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura*. Verso da Kapa. Lisboa. 2009.
- BAÑOL, F. S. *Biomúsica*. São Paulo: Icone. 1993
- BARKLEY, R.A. *Attention Deficit Hiperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 1990
- BARKLEY, R.A. *Taking care of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford. 2000.
- BARKLEY, R.A., Cunningham, C.E. *The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children*. *Archives of General Psychiatry*, 36, 201-208, 1979.
- BIEDERMAN, J., Faraone, S., Keenan, K. & Knee, D., *Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533, 1990.
- BRADLEY, C. *The behavior of children receiving Benzedrine*. *American Journal of Psychiatry*, 97, 577-585, 1937.

- BROWN, R.T. & Quay, L.C. *Reflection impulsivity of normal and behavior-disordered children*. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 262-267, 1977.
- BRUNHEIRA, Lina (n.d.). *O conhecimento e as atitudes de três professores estagiários face à realização de actividades de investigação na aula de Matemática*. Disponível em <http://ia.fc.ul.pt/textos/lbrunheira/>.
- BUSS, D.M., *Predicting parent-child interactions from children's activity level*. Developmental Psychology, 17, 59-65, 1981.
- CAMPBELL, S.B., DOUGLAS V.I., & MORGENSTERN, G., *Cognitive styles in hyperactive children and the effect of methylphenidate*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 12, 55-67, 1971.
- CAMPBELL, S.B., Endman, M., & Bernfeld, G., *A three-year follow-up of hyperactive preschoolers into elementary school*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 18, 239-249, 1977.
- CLARA, Coutinho & JOSÉ, Chaves, *O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. Revista Portuguesa de Educação, 15 (1), pp. 221-244. CIED - Universidade do Minho. 2002.
- CHESS, S., *Diagnosis and treatment of the hyperactive child*. New York State Journal of Medicine, 60, pp. 2379-2385. 1960.
- CRUZ, O.M., *A reflexividade/impulsividade em crianças em idade pré-escolar*. Porto: FPCE-UP. 1987.
- DEL CAMPO, P. *La música como processo*. Amarú Ediciones, 1987.
- DOUGLAS, V.I. *Attention and cognitive problems*. In M.Rutter (Ed.), *Developmental Neuropsychiatry* (280-329). New York: Guilford Press. 1983

- DOUGLAS, V.I. *Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity*. In L. Bloomingdale & Sergeant, J. (Ed.), *Attention deficit disorder: Criteria, cognition and intervention* (pp. 65-82). New York: Pergamon Press. 1988.
- DOUGLAS, V.I. & PARRY, P.A., *Effects of reward and nonreward on frustration and attention in attention deficit disorder*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(3), 281-302. 1994.
- DOUGLAS, V.I. & PETERS, K.G. *Toward a clearer definition of the attentional deficit disorder of hyperactive children*. In L.G. Hale, M. (Ed), *Attention and the development of cognitive styles* (pp. 173-247). New York: Plenum Press. 1979.
- DUPAUL, G.J. & STONER, G. *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press. 1994.
- FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA, 1996. Em <http://www.musica.com> acessado a 13/Agosto/2010.
- FERREIRA, T.H.S. (n.d.). *Dificuldades de Aprendizagem e Retardo Mental: Estudo de Caso*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Fonoaudiologia. Acessado em 21 de Abril de 2010, em: <http://www.profala.com/arttf118.htm>
- FREGMANN, C. *O Tão da música*. São Paulo: Pensamento, 1986.
- FREGMANN, C. D. *Corpo, música e terapia*. São Paulo: Cultrix, 1989.
- GIBSON, E. RADER, N. *Attention: The perceived as performer*. In G.A. Hale & M. Lewis (Eds.), *Attention and cognitive Development*. New York: Plenum.1979.

- GOMEZ, Gregório R.; FLORES, Javier; JIMÈNEZ, Eduardo. *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*, Malaga: Ediciones Aljibe, pp. 378. 1996.
- GUEVREMONT, D.C., DUPAUL, G.J., & BARKLEY, R.A. *Diagnosis and assessment of attention deficit-hyperactivity disorder in children*. Journal of School Psychology, 28, 51-78. 1990.
- HALE, G.A., & LEWIS, M. *Attention and cognitive development*. New York: Plenum.1979.
- JACOB, R.G., O'LEARY, K.D., ROSENBALD, C. *Formal and informal classroom settings: Effects on hyperactivity*. Journal of Abnormal Child Psychology, 6, 47-59.1978.
- KENDALL, P.C., & BRASWELL, L. *Cognitive-behavioral self-control therapy for children*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 672-689. 1982.
- JOURDAIN, R. *Música, Cérebro e Êxtase. Como a música captura nossa imaginação*. Objetiva. Rio de Janeiro, 1998.
- LOPES, J. A. *A Hiperatividade*. Coleção Nova Era – Educação e Sociedade, nº 16. Quarteto Editora. 2003.
- LUK, A., *Direct Observation studies of hyperactive behaviors*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24, 338-344. 1985.
- MARTENS, B.K., & KELLY, S.Q. *A behavioral analysis of effective teaching*. Psychology Quarterly, 8, 10-26. 1993.
- MILICH, R. & OKAZAKY, M. *An examination of learned helplessness among Attention-Deficit Hyperactivity Disordered boys*. Journal of Abnormal Child Psychology, 19 (5), 607-623.1991.

- O'DOUGHERTY, M. NUERCHETERLEIN, K.H., Drew, B., *Hyperactive and hypoxic children: signal detection, sustained attention and behavior*. Journal of Abnormal Psychology, 93, 178-191. 1984.
- OLSON, S. & BRODFELD, P. *Assessment of peer rejection and externalizing behavior problems in preschool boys: A short-term longitudinal study*. Journal of Abnormal Child Psychology, 19(4), 493-503. 1991.
- PARKER, H. C. *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade – um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais, dirigida por Luís Miranda Correia. Porto Editora. 2003.
- PARKER, J. G. & ASHER, S.R. *Peer relations and later personal adjustment: Are low accepted children at risk?* Psychological Bulletin, 29(4), 611-621. 1987
- POLAINO-LORENTE, Aquilino & ÁVILA, Cármen. *Como viver com uma criança hiperactiva – comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Edições ASA. 2004.
- PONTE, João Pedro. *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema, 25, 105-132. 2006. Este artigo é uma versão revista e actualizada de um artigo anterior: Ponte, J. P. (1994). *O estudo de caso na investigação em educação matemática*. Quadrante, 3 (1), pp 3-18.
- POPE, A. W., BIERMAN, K.L. & MUMMA, G.H. *Agression, hyperactivity, and inattention-immaturity: behavior dimensions associated with peer rejection in elementary school boys*. Development Psychology, 27(4), 663-671. 1991.
- RIBAS, J.C. *Música e Medicina*. EDIGRAF Lda. 2ª ed. São Paulo, 1957.
- RUTTER, M. *Attention Deficit Disorder/Hyperkinetic Syndrome: Conceptual and research Issues Regarding Diagnosis and Classification*. In T.A. Sagvolden,

- T. (Ed.), *Attention Deficit Disorder: Clinical and Basic Research* (pp. 1-24). New Jersey: Lawrence Erlbaum. 1989.
- SELIGMAN, M.E. *Helplessness. On depression, development and death*. San Francisco: Freeman. 1975.
 - SKINNER, B.F. *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan. 1953.
 - STANKOV, L. *Attention and Intelligence*. *Journal of Educational Psychology*, 75, 471-490. 1983.
 - STILL, G.F. *The Coulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children*. *Lancet*, 1, 1008-1012. 1902.
 - STIPECK, D.J. Development of achievement motivation. In R. Ames & C. Ames (Eds.), *Research on motivation in education: Student motivation* (Vol. 1, pp. 145-175). New York: Academic. 1984.
 - TEPLOV, R.M. *Aspectos psicológicos da educação artística*. In: Luria, A. et al. *Psicologia e Pedagogia*. Trad. Maria Flor Marques Simões. Lisboa: Estampa, p.123-53. 1977.
 - VERDEAU-PAILLÉS, “*L’Identité Sonore - du Concept à l’Aplication en Musicothérapie*”; textos/material de apoio ao terceiro curso de Musicoterapia da Madeira, 1995/98).
 - ZENTALL, S.S. *Production Deficiencies in elicited language but not in the spontaneous verbalizations of hyperactive children*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 657-673. 1988.
 - ZENTALL, S.S. & ZENTALL, T.R. *Optimal stimulation: A model of disordered activity and performance in normal and deviant children*. *Psychological Bulletin*, 94, 446-471. 1983.

ANEXOS