

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	12
1.1 - Contextualização Histórica	12
2 - Causas PHDA – Teorias Explicativas	16
2.1 - Fatores Neurológicos	16
2.2 - Fatores Pré Natais e Fatores Perinatais	18
2.3 - Fatores Genéticos	18
2.4 - Fatores Ambientais	19
3. -Referenciação	21
3.1 - Avaliação	22
3.1.1 - Instrumentos de Avaliação	25
3.2 - Diagnóstico	25
4. - Dimensões da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	29
4.1 - Défice de Atenção	29
4.2 - Hiperatividade	31
4.3 - Impulsividade	32
4.4 – Variabilidade de Comportamento	33
5. -Intervenção	35
5.1 - Intervenção Farmacológica	35
5.2 - Intervenção no Seio Familiar	36
5.3 – Intervenção no Meio Escolar	38
6. – Procedimentos Metodológicos	41
CAPÍTULO II:	47

CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE PEDAGÓGICA	47
1- Introdução	48
1.1 -Caracterização do Meio	48
1.2 - Caracterização da Escola	49
1.3 - Caracterização da Turma	50
1.4 - Caracterização da Família	53
1.5 - Caracterização do Aluno	55
2. - Determinação das Necessidades Educativas Especiais	59
2.1 - Análise e Discussão dos Resultados	59
3. - Proposta de Plano de Intervenção	74
4. - Considerações Finais	76
Bibliografia	79
Anexos	81

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito do Projeto de Investigação na Pós Graduação em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor referente ao ano vigente 2011/2012, sob orientação da Professora Doutora Isabel Cunha.

A escolha do tema em geral recaiu sobre a *Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção*, que designamos de PHDA ao longo do trabalho. A nossa escolha prendeu-se com o facto do conhecimento da criança em estudo e da realidade a estudar. Sendo de salientar que, trabalhamos nesta instituição durante os dois anos anteriores, aquando a entrada da criança na Escola, assistindo ao processo de inserção, adaptação e desenvolvimento da criança até à data. Desta forma, e tendo conhecimento da variabilidade de comportamentos da criança, achamos pertinente estudar, em concreto, a *Variabilidade do Comportamento da Criança com PHDA em Contexto Escolar*.

Neste sentido, procedemos à autorização do Encarregado de Educação e da Direção do Agrupamento para realizar o estudo, contudo durante o presente trabalho salvaguardamos a identidade da Criança, designando-a de D.

Conhecidos os problemas de comportamento relacionados com a PHDA e com esta criança em concreto, ressalvamos desde já, o facto de a Professora Titular de Turma já ter trabalhado com crianças que apresentavam comportamentos semelhantes. A Docente, a nosso ver, caracteriza-se pelo dinamismo e pelo empenho com que efetua o seu trabalho. Achamos que esta realmente sente como Garcia (2001) afirma, que todos temos obrigação e dever de ajudar “ a resolver a situação” que é um entrave ao desenvolvimento harmonioso das crianças. Desta forma, e nesse sentido, a Docente proporciona diariamente um percurso de aprendizagem aos seus alunos a todos os níveis, sendo sobretudo importante de realçar o seu compromisso sempre presente nas suas atitudes.

Durante este trabalho sentimos muitas vezes presente o apelo da criança, e a visível necessidade de ser compreendida, sentindo como se fossem suas palavras o seguinte poema citado por Sanches “*Sabes, Professor, é que eu sou gente que sente e não queria ser diferente. Pensa nisto por favor, às vezes fico revoltado e até*

amargurado, eu não sei bem explicar...tu estudaste e continuas a estudar... vem depressa ajudar-me para eu ter alegria... Agora que tu já entendes o meu mal, vem depressa ajudar-me para eu ter alegria e falar com a minha família para aos pouquinhos me compreenderem...” (2001:14). Desta forma, o conhecimento da situação, a necessidade de ajudar D, assim como o seu apelo e esforço contínuo em se autorregular foram condições mais que válidas para acrescentar uma motivação extra na nossa implicação no trabalho.

Desta forma, este projeto está estruturado em dois capítulos, sendo o primeiro dedicado ao enquadramento teórico do tema, onde são abordados os pressupostos teóricos que sustentam o trabalho assim como os procedimentos metodológicos de investigação utilizados. O segundo capítulo diz respeito à caracterização da realidade pedagógica, incluindo a análise e discussão dos resultados, assim como uma proposta de intervenção. Por fim, são apresentadas as considerações finais acerca do trabalho realizado.

Em anexo encontram-se os dados obtidos e analisados para construção do presente trabalho.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Concordamos com Garcia quando esta afirma que “*uma das primeiras impressões que o estudo da hiperatividade infantil origina é a abundância de termos que existem para a referir*”. (2001:1). É um facto que as terminologias divergem consoante os autores e as épocas e, por essa razão ao longo do trabalho iremos utilizar mais do que uma terminologia para nos referir à mesma temática. Vásquez acerca da diversidade das nomenclaturas destaca “*hiperquinésia, disfunção cerebral mínima, síndrome hiperquinético, problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, problemas de atenção com hiperatividade, etc.*” (1997:159) como as que se têm destacado mais a nível da PHDA.

Assim, neste capítulo é nosso intuito desenvolver o que concerne ao desenvolvimento do conceito de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, referindo desta forma as características, as causas, os tipos de intervenção e as implicações pedagógicas.

1.1 - Contextualização Histórica

Segundo autores como Shaywitz (1992) a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção “*é não só um dos mais estudados, como dos mais controversos distúrbios do desenvolvimento da infância*” (cit. Lopes 1992: 21), sendo o campo educacional o que suscita, até os dias de hoje, mais curiosidade e interesse devido às implicações desta perturbação. Sabemos ser uma problemática mais comum do que o que se pensava, e por este mesmo motivo, tem vindo a ser exaustivamente estudada. Concretamente é uma patologia que atinge “*impiedosamente*” a vida escolar e familiar das crianças, sendo os seus prejuízos “*assustadoramente*” reais. (Lopes, 2003)

De acordo com a revisão bibliográfica efetuada, podemos afirmar que os primeiros estudos sistemáticos referentes a crianças com características específicas desta temática surgem no século XIX, início do século XX por parte de Still, 1902, e Meyer, 1904. O primeiro autor referiu-se a estas crianças “*como apresentando uma*

deficiência de conceito moral, baixos níveis de inibição volitiva e de atenção, agressividade, hiperatividade e, como problemas associados, a desonestidade, a crueldade, a desobediência sistemática e problemas de aprendizagem escolar". (Still, cit Lopes 1992:22) Este cientista britânico considerava que os comportamentos inerentes a esta problemática eram de origem orgânica, detalhando pormenorizadamente, problemas relativos a anomalias físicas, assim como a problemas referentes às más condutas familiares. As teorias do autor, quanto às relações causais entre os défices de inibição volitiva de controlo moral e a origem neurológica, marcaram circunstancialmente a história dos modelos neuropsicológicos, neuroquímicos e neurobiológicos. Porém num outro registo e, com técnicas mais sofisticadas, atualmente, as teorias não se afastam da linha de pensamento de Still. Embora este autor, em particular, menosprezasse a importância da influência dos fatores ambientais, sendo radicalmente regido pelos fatores biológicos, como mais tarde, em 1986 é acusado por Shachar., defendeu, juntamente com Tregold, 1908, a necessidade da utilização de medicação na intervenção no campo educacional. (Lopes, 1998)

A época alta desta temática remonta a 1917- 18, época do surto de encefalite, onde embora muitas crianças tenham sobrevivido à infeção cerebral, apresentavam significativas sequelas cognitivas e comportamentais associados à temática em estudo. (Cantwell, 1981; Kessler, 1980; Stewart, 1970; cit. Lopes 1998) Desta forma, a atenção, a regulação da atividade e a impulsividade foram alguns dos comportamentos consequentes verificados da encefalite, associados a deficiências cognitivas, dificuldades de relacionamento intrapessoal, comportamentos de desafio e oposição, problemas de conduta, assim como de delinquência.

Posteriormente, em 1937, as pesquisas realizadas por Bradley referentes ao tratamento das crianças com patologias psicológicas, ou distúrbios desenvolvimentais na infância, constitui uma referência incontornável no avanço do conceito. A descoberta dos efeitos terapêuticos das anfetaminas no tratamento dos problemas cognitivos e comportamentais, e consequente efeito a nível cerebral, deram origem à ideia de que a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção era uma lesão cerebral. Surge o conceito de "Síndrome de Lesão Cerebral Mínima" que, devido tanto à forte oposição do termo como na acumulação de dados empíricos sobre a inexistência de lesões

cerebrais, foi alterado/ adaptado, no relatório de 1966, para “ Disfunção Cerebral Mínima”. Neste, são apresentados 99 sintomas especificados desta disfunção, reconhecendo-se “ *que, de algum modo, tal conceito releva mais da ignorância do que do que do conhecimento do assunto em causa*”. (Lopes, 1998:24) Este termo foi substituído pelo “Síndrome Hiperativo da Infância” devido à ausência da delimitação da área de estudo.

No início da década de sessenta Chess definiu a criança como “ *aquela que, ou realiza atividades a uma velocidade superior ao normal, ou está constantemente em movimento, ou ambos*”. (Lopes, 1998:15) Barkley (1990) confere a Chess um papel historicamente significativo em termos da definição, pois acredita ser importante: enfatizar a atividade como fator definidor do distúrbio; realçando a necessidade de obter a evidência sintomatológica objetiva, independentemente das apreciações dos professores. Retirar aos pais a culpabilidade pelos problemas dos filhos, tal como separar, os conceitos de “ Síndrome de Hiperatividade” de “ Síndrome de Lesão Cerebral”, foram um avanço considerável nesta complexa problemática. (Barkley, 1990, cit Lopes, 1998)

Mais tarde, em 1968, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) através do DSM - II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) cria uma categoria denominada de “Distúrbio Hiperativo na Infância” esta designação oficializa e reconhece a problemática como diagnóstico válido, não acrescentando porém nada de novo. Constata-se, através de um estudo, de Gabriel Weiss, em 1976 que, apesar de a hiperatividade diminuir na adolescência, o déficit de atenção e os problemas de impulsividade se mantêm na vida adulta. Ainda neste estudo, conclui que, em contrapartida a permanência, fundamentalmente, do déficit de atenção e impulsividade assim como os níveis de atividade exagerada diminuem consideravelmente.

No final da década de setenta, mais precisamente em 1978, a Organização Mundial de Saúde considerou que o pilar do Distúrbio Hiperativo seria um nível desadequado e reduzido de atenção e, quando, em 1980 a Associação Americana de Psiquiatria consagrou o termo Distúrbio de Déficit de Atenção no DSM –III, a hiperatividade perdeu o seu papel de destaque enquanto característica fundamental. (Lopes, 2003)

No início da década de oitenta, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) apresenta novos critérios de diagnóstico (DSM - III), criando subtipos para a Perturbação e Défice de Atenção. Surge a Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade, Sem Hiperatividade, e o Residual subtipo com contornos pouco definidos. Segundo Falardeau esta patologia é definida como uma “ *diminuição ou ausência de controlo no indivíduo que dela sofre*”. (1997:21) Esta década é caracterizada pelo incessante esforço de criar critérios, e linhas orientadoras, capazes de sustentar condignamente a realização de diagnósticos eficazes. Este distúrbio tornou-se o mais estudado na infância. Nos E.U.A, a “Reação Hipercinética da Infância” é substituída pelo “Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção”. A década seguinte foi a época de mais intensa investigação, época dedicada à validação dos modelos e hipóteses anteriormente desenvolvidas. (*Idem*)

Em 2002, a American Psychology Association (A.P.A) publica, o atual, DSM-IV-TR e substitui o termo Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção pela, atualmente conhecida denominação – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. De acordo com a revisão da 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), a PHDA é um distúrbio neurodesenvolvimental complexo, de origem biológica.

2 - Causas PHDA – Teorias Explicativas

Um dos grandes desafios que é colocado é determinar a origem da PHDA. (Lopes, 2003) Apesar das inúmeras investigações e dos progressos significativos sobre a problemática, incluindo os que se referem aos métodos e técnicas do desenvolvimento cerebral e supostas lesões, as causas que podem estar na origem desta perturbação ainda não foram identificadas de forma precisa. Lopes afirma ser “ *impensável encontrar um qualquer fator que por si só dê origem à hiperatividade*” (2003:133), validando a hipótese de não existir uma etiologia única mas sim multifatorial.

Investigadores como Garcia (2001), Lopes (2003) e Barkley (2002) realçam os fatores neurológicos, os fatores pré natais e fatores perinatais, os fatores genéticos e os fatores ambientais como possíveis causadoras. É de salientar que, provavelmente, e tudo indica para tal que, é a interação dos diversos fatores que numa ação conjunta e combinada, exercem o seu efeito sobre o indivíduo. Em seguida iremos debruçarmo-nos sobre cada uma das causas em específico.

2.1 - Fatores Neurológicos

Segundo Lopes, “ *a hipótese da existência de um qualquer tipo de lesão cerebral esteve sempre presente na conjectura dos investigadores*”. (2003:134) Nesta perspetiva, inicialmente, as principais linhas orientadoras das investigações eram perceber a ligação entre esta perturbação e as alterações estruturais e funcionais do cérebro. (Garcia, 2001) Atividade motora excessiva, inquietude e falta de atenção foram alvo de diversas investigações por parte de Psicólogos e Psiquiatras, a fim de perceber até que ponto estas causas representavam, realmente, alterações cerebrais. Porém, deduz-se através de diversos estudos, baseados em observações de crianças diagnosticadas que, estas não apresentam sinais claros de terem sofrido de lesões cerebrais (*Idem*). A autora afirma, segundo os dados disponíveis, que o dano cerebral adquirido não contribui em específico para aumentar os casos da perturbação em idade escolar, de forma objetiva e diferencial, relativamente aos outros distúrbios.

De igual forma, contudo noutra perspetiva mas dentro do mesmo âmbito, relacionou-se a Hiperatividade com sinais neurológicos menores. A coordenação motora fina deficiente, reflexos assimétricos e dificuldades de equilíbrio, foram os comportamentos analisados, e embora se tenham encontrado numa minoria relacionamento entre estes fatores e a PHDA, na maioria dos casos não se conseguiu estabelecer nem provar a correlação de fatores.

Lopes afirma saber-se hoje “*que não mais de 5% - 10% das crianças poderão ter desenvolvido hiperatividade na sequência de uma lesão cerebral provocada por acidente ou por qualquer anomalia, pelo que a hipótese em si deve ser abandonada.*” (2003:134) Não obstante, o mesmo autor defende existir a possibilidade de uma possível deficiência ao nível dos neurotransmissores, baseando-se no facto de as drogas e estimulantes aumentarem circunstancialmente a disponibilidade da dopamina no córtex pré-frontal, demonstrando uma eficácia considerável na diminuição dos níveis de agitação e de desinibição comportamental. Para além disto, a destruição seletiva (através de químicos) de zonas do cérebro ricas em dopamina, testada em animais, como ratos e cães jovens, prova que existe efetivamente um aumento da hiperatividade (*Idem*), e segundo Lopes, “*foram já identificados dois genes que regulam a atividade da dopamina.*” (2003:135)

Concluimos que, embora existam grandes possibilidades, e promissoras, de existir uma deficiência no mecanismo da dopamina no cérebro, a neblina à volta do assunto não deixa avançar com a certeza que é esta, sublinhamos esta, a única causa. Contudo, já é evidente, segundo muitos estudos publicados que, existe uma diminuição na área pré-frontal do córtex, sendo visível ao nível da atividade elétrica do cérebro e do nível sanguíneo, particularmente no núcleo caudal. (*Idem*) Sabemos que este, núcleo caudal, zona integrante do corpo estriado, “*desempenha uma importante função na inibição comportamental e na manutenção da atenção. Este abaixamento do fluxo sanguíneo parece ligar-se a uma deficiente produção de dopamina nesta zona, limitando as capacidades do sujeito.*” (Lopes, 2003:136) Lopes (2003) acrescenta que, as conexões do corpo estriado com o sistema límbico conduzem a dificuldades no controlo das emoções, motivação e memória das pessoas com PHDA.

2.2 - Fatores Pré Natais e Fatores Perinatais

O meio ambiente pré natal e as complicações surgidas durante a gravidez têm sido apontados como possíveis causas relacionadas com as Perturbações da Conduta Infantil. De acordo com alguns especialistas, “ *as crianças prematuras, com baixo peso à nascença, que sofreram de anoxemia durante o parto ou de infeções neonatais, tem muitas probabilidades de desenvolver problemas comportamentais e hiperatividade.*” (Garcia, 2001:31)

O que tem suscitado mais interesse nos Investigadores é perceber, devido à interligação com os problemas de conduta infantil, a relação do consumo de álcool, do tabaco e do stress psicológico, da mãe durante a gravidez com esta problemática. É um facto que o tabaco durante a gestação poderá estar relacionado com alterações no ritmo cardíaco do bebé, assim como, estar correlacionado com o baixo peso à nascença. (Garcia, 2001)

Por outro lado, o alcoolismo, segundo alguns especialistas, é uma das principais causas da predisposição para a hiperatividade. Gold e Sherry (1985) “*indicam que o abuso do álcool durante a gravidez é responsável por défice de atenção, problemas de aprendizagem, perturbações do comportamento e atraso psicomotor.*” (cit. Lopes, 2003: 31)

Salientamos que a influência dos fatores pré natais e perinatais são uma realidade sob a qual temos de ter sempre atenção. No entanto, não é conclusivo que os fatores sejam determinantes e universais, assim como de efeito definitivo. Sublinhamos porém, a importância dos fatores externos como as condições sociais e familiares, onde crescem e se desenvolvem as crianças, como fatores determinantes no seu desenvolvimento e posterior conduta. (Garcia, 2001: Barkley 2002)

2.3 - Fatores Genéticos

Segundo Lopes, “*os estudos sobre a hereditariedade de características da DHDA são francamente promissores*” (2003:137), salientando que na década de 90 “*diversos estudos realizados com grande número de gémeos permitiram estabelecer*

que a hereditariedade explicará entre 50% a 97% das características da DHDA.” (Lopes 2003:138) Deduz-se, desta informação, que a prevalência é maior nos familiares biológicos do que nos adotivos, embora não se possa inferir conclusivamente nada devido aos critérios rigorosos na seleção de pais adotivos. A saúde mental é um fator discriminatório. (Garcia, 2001)

Destas investigações, com gémeos, conclui-se que, além de os pais destas crianças também manifestaram comportamentos hiperativos durante a infância, existe mais coincidência relativamente aos Distúrbios de Conduta e Hiperatividade entre irmãos, filhos de ambos os pais. Ainda concluímos que, comparativamente com os meninos ditos “normais”, os rapazes com esta perturbação que têm irmãos do sexo masculino apresentam mais apetência para demonstrar os mesmos sinais. (Garcia, 2001)

Acreditamos que as características psicológicas da família constituem uma sombra ameaçadora sobre a atitude dos filhos. Esta sombra, infelizmente, potencia em grande escala a elevada atividade motora, assim como, os défices de atenção, característicos da PHDA.

2.4 - Fatores Ambientais

Quando as causas anteriormente referidas foram, completamente, despistadas surge a necessidade de “ *considerar que os fatores psicossociais intervêm como determinantes na hiperatividade infantil.*” (Garcia, 2001:35)

As condutas sociais, assim como o nível sócio económico dos progenitores, condiciona uma série de fatores, como as condições habitacionais, o tipo de recursos materiais e estilos educativos adotados pelos mesmos. Esta soma de fatores, pode despoletar problemas no desenvolvimento e crescimento das crianças, estando provado este relacionamento com a conduta problemática observada. Garcia afirma que “ *nas crianças com níveis sociais mais desfavorecidos e com circunstâncias mais adversas a hiperatividade permanente coincide com um baixo rendimento em provas de execução, autoestima baixa, comportamentos antissociais e de violação de normas*” (2001:36) esta ainda afirma que os níveis sociais “ *não afetam todos os indivíduos, no seu comportamento e nas suas experiências.*” (2001:35)

Acreditamos, ser importante realçar que, não são as condições sociais propriamente ditas, mas sim as implicações psicológicas adjacentes a estas condições que promovem e potenciam modelos educativos e valores que, não são os mais indicados ao desenvolvimento saudável e harmonioso das crianças. As rotinas, a regulação de expectativas, e os hábitos de conduta dos adultos prestadores de cuidados, definem o sistema de crenças da criança que o utiliza consoante as influencias que teve. A modelagem e moldagem de comportamentos é o meio de aprendizagem por excelência, se a criança vê, a criança faz, sendo o comportamento dos adultos o “motor” da conduta da criança. (Garcia, 2001)

Acrescenta Barkley (2002) que, a exposição ao chumbo em crianças muito pequenas “*parece aumentar o risco de aparecimento de sintomas de hiperatividade, principalmente se a exposição tiver ocorrido entre os 12 e os 36 meses*” (cit. Lopes 2003:137), salientamos que esta exposição tem sido considerada um fator pouco relevante, pois só a extrema exposição parece comprovar o mencionado.

3. -Referenciação

De acordo com o artigo nº 5 do Decreto de Lei nº 3/2008 a referenciação deve ocorrer o mais precocemente possível, detetando os fatores de risco associados à problemática verificada, podendo ser efetuada por qualquer pessoa que tenha conhecimento da eventual existência de necessidades educativas especiais.

No mesmo referendo normativo, no artigo nº 6 verificamos que a referenciação é feita aos órgãos de administração e gestão das escolas, mediante o preenchimento de um documento onde se apresentam as razões pelas quais se acha que a criança necessita de ser elegível para a Educação Especial. Após esta referenciação por escrito, a Direção da Escola solicita ao Departamento de Educação Especial (DEE) e ao Serviço de Psicologia e Orientação (SPO) que, no prazo máximo de 60 dias, proceda à realização de um Relatório Técnico Pedagógico conjunto com o objetivo de o homologar e determinar as suas implicações.

No caso de a criança ser elegível, cabe ao DEE e ao SPO a tarefa de definir os apoios especializados, as adequações no processo de ensino aprendizagem, assim como as técnicas a serem utilizadas, contudo se por outro lado, a criança não for elegível, é função dos mesmos encaminhá-la para os apoios disponibilizados pelas escolas.

Em suma, na ótica de profissionais de educação e coeducadores das crianças, temos o dever moral e profissional de estarmos especialmente atentos ao desenvolvimento dos nossos alunos. Obedecendo a esta linha de pensamento, quando verificamos algum comportamento ou conduta atípica do desenvolvimento normal, temos o dever e obrigação de procurar respostas educativas que nos permitam auxiliar a criança. Segundo David e Myra Sosin, “*o professor tem uma oportunidade especial para reconhecer e ajudar estas crianças*” (2006:5), afirmando mesmo que, qualquer professor devidamente qualificado deve ter conhecimentos que lhe permitam despistar estas situações.

A idade crítica para perceber os primeiros sinais da PHDA será os cinco, seis anos de idade – idade em que já se pressupõe que a criança, quer em casa, quer na escola e, principalmente nesta última, respeite regras e normas. A entrada na escola

pode ser o real despiste da PHDA, concretamente quando se inicia a aprendizagem da leitura e da escrita, onde os problemas percetivos e de atenção poderão dificultar a concretização dessa aprendizagem. Depois desta idade e na existência de suspeitas, o diagnóstico deverá ser efetuado o quanto antes, evitando assim problemas maiores como o fracasso escolar ou a rejeição social. (Nielsen, 2006)

Em seguida iremos debater como se procede à avaliação médica e a educacional, bem como aprofundar os instrumentos de avaliação utilizados.

3.1 - Avaliação

Após a referenciação do sujeito, segue-se o passo seguinte para a confirmação do diagnóstico com a ida a um Médico, Pediatra, Psiquiatra, Pedopsiquiatra, Neurologista, ou Psicólogo. Segundo Garcia (2001), só os profissionais acima referidos podem diagnosticar PHDA. Dos referidos, só o psicólogo não poderá receitar medicação (se necessária). Quanto à prescrição e implementação de terapias, o Psiquiatra, Pedopsiquiatra e o Psicólogo são os referenciados para tal efeito.

Posto isto, importa perceber como decorre o processo do diagnóstico. Segundo Lopes “ *a carência de instrumentos que reflitam as mudanças conceptuais dos últimos anos confere à entrevista clínica uma redobrada importância*” (2003:148), ainda de acordo com o mesmo as medidas a utilizar devem incidir, especificamente, nas áreas “esquecidas”. Barkley (2002) corrobora com esta necessidade e, desta forma e, utilizando estes dois autores, apresentamos em baixo um quadro com as áreas e medidas a ter em conta quando se faz o diagnóstico.

Áreas	Medidas a utilizar para o Diagnóstico e Avaliação	Considerações de Barkley sobre o Diagnóstico (1997)
Desinibição Comportamental	<u>Medidas que incidam sobre:</u> - Capacidade de inibir respostas; - Capacidade de parar uma resposta que já está em curso e que se revela	- As medidas de inibição são mais úteis do que as medidas de desatenção;

	<p>ineficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> -Capacidade de impedir interferências internas ou externas sobre o atraso criado pelas formas anteriores de inibição 	
<p>Funções Executivas (ações auto dirigidas que o indivíduo utiliza para se auto regular)</p>	<p><u>As medidas deverão avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - As ações auto - dirigidas; - A organização do comportamento no tempo; - A utilização do discurso interno, das regras e dos planos; - A capacidade de adiar a satisfação dos desejos; - A capacidade de orientar as ações para objetivos, para o futuro, intencionais, e dependentes do esforço continuado; 	<p>As medidas de avaliação das funções executivas poderão ser úteis, mas não tanto como as de inibição embora infelizmente não existam tais medidas para a utilização do contexto clínico;</p>
<p>Comportamentos referenciados aos contextos de vida ou observados diretamente nesses contextos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A observação em gabinete pode não ser fiável; - Necessário a colaboração de pessoas que lidam com a criança diariamente; 	<ul style="list-style-type: none"> - As informações recolhidas durante os períodos de tempo prolongado e em diversas ocasiões são mais informativas do que observações em gabinete ou numa única sessão. Significa isto que mesmo que se faça o diagnóstico numa sessão, ele ficará sempre sujeito a confirmação e a reconfirmação; - As opiniões das pessoas que lidam diariamente com o sujeito são muito mais informativas do que a observação do clínico ou de quaisquer testes sociométricos; - Observações múltiplas em contextos naturais são mais úteis do que em

		breves observações em gabinetes;
O sentido do tempo	<p><u>Avaliar a forma:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Como o indivíduo organiza o seu tempo; <p><u>Em particular:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Como os prestadores de cuidados gerem o tempo da criança; 	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de realização comportamental, como por exemplo o funcionamento adaptativo no dia a dia, são muito mais úteis do que as medidas de conhecimentos; - A magnitude do problema e a sua extensão tornam-se cada vez mais evidentes com o tempo;

Quadro I - Áreas e medidas a ter em conta quando se faz o diagnóstico e avaliação do DHDA (cit. Lopes, 2003:1 49-151)

Para Polaino - Lorente e Ávila (2002), apesar das dificuldades na concretização do diagnóstico, as áreas e medidas acima apresentadas são um bom ponto de partida. Sublinhamos a pertinência das considerações de Barkley (1998), defendendo que a avaliação da criança deverá ser realizada numa perspetiva multidisciplinar, “ *pois tem em conta os dados proporcionados por provas de natureza distinta e por especialistas de diferentes áreas.*” (Garcia, 2001:41)

Estão implicados nesta avaliação, Neurologistas, Pediatras, Psiquiatras, Psicólogos, Professores e, os que contribuem no seu campo de intervenção/ ação com registos pertinentes sobre o comportamento da criança. São aplicados testes à criança, com o objetivo de determinar as linhas de ação, assim como, são efetuadas entrevistas e escalas de avaliação aos adultos próximos da criança, sendo que, o eixo de referência, a base da análise, a sustentabilidade, do estudo é o contexto familiar e social onde a criança está envolvida.

Garcia (2001) salvaguarda alguns aspetos gerais e específicos na avaliação da PHDA, como mencionamos anteriormente, o enfoque é multidisciplinar e integrador. O objetivo dos profissionais é perceber, em equipa, o nível de desenvolvimento evolutivo da criança. Sustentam o seu trabalho através da observação dos modelos educativos, normas e condutas próprias do ambiente familiar e escolar do indivíduo. Ainda, neste âmbito comparam os comportamentos da criança em questão com os comportamentos

ditos “normais” a fim de perceber quais as condutas “ não normais”. Por fim, e como anteriormente já referimos, as informações recolhidas dos indivíduos circundantes na vida da criança são fundamentais para entender e compreender as suas atitudes.

A partir destas premissas, concretizamos a avaliação através das seguintes tarefas: estado clínico da criança, o seu nível académico, os fatores biológicos, as condições sociais, e a influência do quadro escolar. Este levantamento exaustivo de informações, permite-nos conhecer aprofundadamente as causas e razões da conduta inadequada, permitindo aos profissionais traçar um diagnóstico diferencial.

3.1.1 - Instrumentos de Avaliação

No que se refere aos instrumentos de avaliação, Nielsen relembra que “*é importante compreender que não existem quaisquer testes simples, tais como uma análise ao sangue ou à urina, que permitam determinar se uma criança apresenta DHDA.*” (2006: 59) Polaino - Lorente e Ávila, acrescentam que, a presença ou ausência do distúrbio “*não pode estabelecer-se através de um teste de inteligência, uma ressonância magnética ou uma entrevista com os pais, embora estas provas possam ser necessárias, não serão suficientes para realizar um diagnóstico.*” (2002: 51)

Desta forma, os especialistas necessitam de uma variedade de métodos e instrumentos de avaliação que lhes permitam estabelecer um diagnóstico o mais exato possível para o despiste desta patologia. Lopes (2003) preconiza que deveriam existir seis etapas fundamentais, sendo elas: a entrevista com a criança e os pais, realizada por um Psicólogo ou alguém com formação nesta área; o exame médico (se necessário); o preenchimento de questionários pelo(s) professor(es) e por fim a observação direta do comportamento nos contextos da vida do sujeito. Nas metodologias utilizadas iremos aprofundar as etapas referidas consoante o desenvolvimento deste trabalho.

3.2 - Diagnóstico

O diagnóstico de PHDA segundo o DSM-IV-TR (A.P.A., 2002) é baseado na descrição rigorosa e pormenorizada das manifestações/comportamentos típicos nesta

perturbação, como é o caso da falta de atenção e /ou impulsividade e hiperatividade. A descrição é sustentada por múltiplos indicadores passíveis de serem observados nos diferentes ambientes da criança e durante um determinado período de tempo. Os comportamentos em si poderão não ser anormais em si mesmos, mas passarão a sê-lo dependendo da intensidade e frequência com que ocorrem, é de salientar que, esta irregularidade de comportamento só é indicativa de algo se os comportamentos forem desajustados à fase de desenvolvimento da criança.

Não obstante, importa perceber quais os critérios de diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção. Esta patologia encontra-se no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR (2002) da Associação Americana de Psiquiatria, encontrando-se dentro do domínio das Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção, fazendo ainda parte deste domínio a Perturbação de Oposição e a Perturbação do Comportamento.

Para a existência de um diagnóstico de PHDA, a criança terá que apresentar 6 ou mais comportamentos de falta de atenção e/ou 6 ou mais comportamentos de hiperatividade -impulsividade, pelo menos durante os últimos 6 meses. Estes comportamentos disruptivos devem-se manifestar em pelo menos 2 contextos (ex: escola, casa, etc.). Alguns destes comportamentos têm que já estar presentes antes dos 7 anos de idade.

Desta forma, apresentarei um quadro, em seguida, com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002) da PHDA relativos a cada dimensão.

Falta de atenção

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

- a) Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras tarefas;
- b) Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;

- c) Com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
- d) Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho;
- e) Com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
- f) Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
- g) Com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- h) Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- i) Esquece-se com frequência das atividades quotidianas;

Hiperatividade

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

- a) Com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- b) Com frequência levanta-se na sala ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- c) Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo;
- d) Com frequência tem dificuldades em brincar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- e) Com frequência “anda” ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;
- f) Frequentemente falam em excesso;

Impulsividade

- a) Com frequência precipita respostas antes que as perguntas tenham acabado;

b) Com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;

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

Quadro II – Critérios de Avaliação das Dimensões da PHDA, realizado através do DSM- IV-TR (2002:92)

Mediante os resultados obtidos, verificamos pelo grau de predominância qual o subtipo em que se insere, o indivíduo, sendo mais, uma vez, salvaguardado que, este deve indicar-se em função do padrão de sintomas predominantemente nos últimos seis meses. Desta forma, os subtipos são, a PHDA tipo Misto, a PHDA, tipo Predominantemente Desatento e a PHDA, tipo Predominantemente Hiperativo Impulsivo.

Diagnóstico traçado importa perceber quais as características da PHDA e as suas implicações a nível pedagógico nas crianças com esta perturbação.

4. - Dimensões da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Segundo Garcia, “ *mesmo quando não existe consenso entre os especialistas quanto à definição e ao termo mais apropriado para referir a hiperatividade infantil, parece existir um acordo generalizado quando se trata de descrever o comportamento das crianças hiperativas*” (2001:12).

Desta forma a PHDA é caracterizada por uma tríade sintomatológica clássica: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Sendo que, a desatenção, também denominada de défice de atenção, ocorre especificamente em situações que exigem a sua manutenção prolongada. Por outro lado, a hiperatividade também designada por agitação define-se pelo excesso de atividade e, por fim, a impulsividade que se caracteriza pela dificuldade em controlar os impulsos, como o próprio nome indica. (Asbahr, Costa e Morikawa, 2010)

Lopes (2003) ainda acrescenta que estes indivíduos também podem apresentar dificuldades em seguir regras e instruções assim como possuem excessiva variabilidade nas respostas às situações. Assim parece-nos, de todo, pertinente aprofundar esta variabilidade no comportamento das crianças. Tendo estas premissas como base, interessa-nos perceber concretamente cada dimensão atingida, assim como as suas implicações pedagógicas no desenvolvimento da criança.

4.1 - Défice de Atenção

Um dos sintomas da Perturbação da Hiperatividade é o Défice de Atenção, podemos afirmar que esta característica, provavelmente, é a mais importante das características afetadas, visto o seu défice ser multidimensional. Problemas de “*alerta, ativação, a seletividade, a manutenção da atenção, a directabilidade ou nível de apreensão são afetadas.*” (Lopes, 1996: 66)

Consideramos que, os problemas de atenção são particularmente afetados em casos de manutenção ou vigilância prolongada, incluindo nestas atividades, as atividades lúdicas. Desta forma é comum, os indivíduos, sentirem-se incapazes de se manterem concentrados numa tarefa, principalmente quando esta é longa monótona e utiliza conceitos abstratos. O que não é do senso comum, e só os consciencializados com a problemática sabem, é que estas crianças lutam para estarem atentas, muitas das vezes, acabando por ser injustiçadas pelo sucesso de por vezes, o conseguirem. (Barkley, 2002)

Um aspeto interessante a considerar que, alguns trabalhos tem evidenciado, é o facto de estas crianças demorarem mais tempo a retomar a atividade que estavam a realizar quando distraídas por um qualquer estímulo. Lopes considera ser *“mais adequado falar em dificuldades de inibição de uma resposta prepotente (inadequada) do que um problema específico de atenção.”* (2003:71)

Ainda nesta dimensão sabemos, segundo Barkley (2002) e a sua pesquisa que, filtrar a informação não é o problema, as crianças são capazes de distinguir o relevante do irrelevante com facilidade. O autor defende a existência de dois problemas que, os Pais e Professores erroneamente interpretam como distração. Assim, conclui que, as crianças necessitam de mais estímulos para manter o cérebro em níveis normais, tal como reforça o facto de as crianças hiperativas parecerem mais atraídas pelos aspetos mais recompensadores, divertidos e reforçativos em qualquer situação. A recompensa imediata parece ser a mais eficaz, visto as crianças estarem focadas para/e no momento em questão. Ainda neste estudo, podemos verificar que, as crianças só se encontram em desvantagem perante as ditas “normais” quando é necessária apenas a atenção visual.

Importa retermos então que, a criança demonstrará mais atenção e concentração em tarefas de grupo, apelativas, motivadoras e dinâmicas. Entendemos agora que está ultrapassada a ideia de termos de eliminar os estímulos ao máximo para que a criança focalize a sua atenção, evitando que se distraia. Ao contrário do que defendíamos á alguns anos atrás, tornar o ambiente mais monótono potencia em grande escala o comportamento que é nossa intenção eliminar. Porém, as tarefas, atividades, apelativas, motivadoras e atraentes poderão ser a chave para atrair a tão desejada atenção da criança, salientando que, a divisão das atividades em pequenos segmentos poderá

facilitar o objetivo. A qualidade do estímulo poderá fazer realmente a diferença nos resultados. (Falardeau, 1997; Barkley, 2002)

Na sala de aula, a falta de atenção repercute-se automaticamente em tédio, promovendo o alheamento da criança.

4.2 - Hiperatividade

Denominações como “*irrequieto*”, “*não para*” e “*só faz asneiras*” estão muitas vezes relacionadas com o excesso de atividade motora que estas crianças apresentam. Barkley afirma que a hiperatividade “*pode aparecer como inquietação, impaciência, ritmo desnecessário, ou como outros movimentos, e também como conversa excessiva*” (2000:57)

A agitação apresenta-se como gratuita e inútil da atividade que o indivíduo se encontra a executar. Embora tenham “*consciência disso, continuam incapazes de reprimir essa necessidade de se movimento permanente*” (Falardeau 1997:25), existindo o mito errado de que, a criança deve ser estimulada a nível motor para se cansar e acalmar. Contudo está provado que estas crianças poderão demorar mais tempo a voltar a um comportamento adequado, como anteriormente foi mencionado.

No contexto escola, torna-se complicado estarem sentadas durante um período de tempo longo, arranjando estratégias como deixar cair alguma coisa ou simplesmente ir aguçar um lápis ir à casa de banho, como motivo para se levantarem.

Acreditamos que poderão existir confusões entre estas crianças e as que apresentam tiques, porém podem ser diferenciadas, pois estas últimas apresentam sempre os mesmos movimentos. (Falardeau, 1997)

O que é mais importante reter e entender é que, estas crianças têm efetivamente um padrão de resposta comportamental exacerbado. O seu comportamento é rápido, vigoroso e diríamos espontâneo na sua essência.

4.3 - Impulsividade

A impulsividade é facilmente constatada através da incapacidade do indivíduo pensar antes de agir, o que promove a agressividade verbal. Contudo, a inevitável chamada de atenção por parte dos adultos responsáveis à sua educação.

São conhecidos por serem extremamente verdadeiros, o que pensam facilmente é transmitido verbalmente, não compreendendo que, por vezes, podem ser indelicados. Outra das dificuldades que apresentam é, a de esperar pela sua vez, podendo ficar agitados, o que acontece a maioria das vezes, acabando, por exemplo, por se recusar a participar nas atividades. É usual intrometerem-se nas conversas dos adultos, opinando sem que lhes tenha sido pedido nada. (Falardeau, 1997)

Ainda neste âmbito é crucial distinguir as crianças portadoras desta perturbação das que querem chamar a atenção. Estas últimas, designadas por Falardeau de manipuladoras, esperam estar a ser observadas para agir, enquanto a “nossa” criança age sem querer saber se está a ser observada ou não, age como se não lhe interessasse mais nada se não fazer aquilo. Falardeau afirma que “ *simplesmente porque não podem impedir-se.*” (1997:23)

Respeitante, a esta área de atuação a dificuldade de refletir antes de agir e a incapacidade de esperar por algo, uma recompensa, por exemplo, impera. O caminho mais curto é privilegiado mesmo que tenha consciência que a recompensa do caminho mais longo é melhor. Esta opção, nada tem a ver com preguiça, mas sim com a incapacidade de não terem controlo. (*Idem*)

Mais uma vez poderão existir confusões acerca deste comportamento em específico. Crianças impulsivas poderão ser encaradas e “rotuladas” como delinquentes devido aos seus comportamentos perturbadores. Contudo a sua distinção é fácil e a sua justificação, mais uma vez, tem a ver com a falta de controlo da criança sobre as suas ações. A criança que tentamos ajudar a diagnosticar, não se preocupa se está ou não a ser observada, age e pronto, o que muitas das vezes, a maioria, lhe confere a generalização da culpa em variadas situações. Achemos bastante interessante e indicativo disto mesmo, o relato do Dr. Gordon (s/d) citado por Falardeau, “*dez rapazes, num refeitório, começam a atirar puré de batata uns aos outros com uma colher. O*

senhor sabe, todos os outros vão ter o cuidado, antes de atirar, verificando se o vigilante não está a olhar. Mas não o Jason. Primeiro atira o puré e depois volta-se para ver o que o diretor está a olhar para ele. A tal ponto que, agora, sempre que há desordem na escola é sempre culpa do Jason. O rapaz não tem qualquer hipótese.” (1997:25)

4.4 – Variabilidade de Comportamento

É comum, dizer-se ou ouvir-se dizer que estas crianças fazem ou agem de propósito. Este pensamento e afirmação não está de todo correto, existindo sim uma ausência de controlo por parte de alguém incapaz, no sentido literal, de simplesmente conseguir agir consoante o esperado ou o ideal. (Falardeau, 1997) A criança tenta fazer mas perde-se no processamento do que tem que realizar.

Geralmente, quando as crianças utilizam “*não sei*” como resposta às perguntas por nós colocadas sobre o seu comportamento, de acordo com Falardeau a criança “*realmente não sabe porque não se verga às regras ou às ordens, não sabe porque se agita ou porque é impulsiva.*” (1997:28)

Este “*não sei*” como resposta provoca nos adultos que contactam com a criança irritação o que, por consequência, leva a castigos, castigos esses inadequados e sem qualquer proveito educacional para a criança. Outra questão que provoca alguma espécie a quem com estas crianças lida é o facto de o seu rendimento ser variável, segundo um Psiquiatra citado por Falardeau as “*crianças trabalham bem durante dois dias e passam o resto da vida a sofrer as consequências disso.*” (1997:29) Esta variabilidade de comportamento suscita a desconfiança por parte dos adultos, acabando estes, a maioria das vezes, por achar que a criança é somente preguiçosa ou mal-educada. A falta de consistência no padrão comportamental é um problema que suscita dúvidas, como por exemplo: Porquê que a criança não se porta sempre bem? Porque trabalha tão bem nuns dias e noutros não faz nada? Estas e outras perguntas assolam a mente dos adultos que convivem com uma criança com esta perturbação.

Parece-nos evidente que, embora as crianças sejam diagnosticadas os comportamentos continuem, contudo o que muda, ou deverá mudar, é o olhar do adulto sobre elas. Desta forma, e consciencializados das limitações da criança acreditamos que as estratégias, as metodologias e a forma como agimos com ela e a vemos, certamente não poderá ser a mesma.

5. -Intervenção

Após o diagnóstico positivo da temática em causa, e das características de cada dimensão aprofundadas, coloca-se a questão do tratamento. Este poderá assumir três opções distintas. Podemos optar pelo tratamento farmacológico ou medicamentoso, pela intervenção no seio familiar ou pela intervenção no meio escolar.

Estas três vertentes de intervenção embora em campos distintos, não se excluem, muito pelo contrário. Quanto mais transversal e complementar for a intervenção, mais possibilidades temos de alcançar os nossos objetivos. Torna-se crucial o trabalho de equipa, multidisciplinar, entre todos, os implicados no desenvolvimento da criança.

Concluindo a intervenção deverá *“ocorrer nos contextos naturais da criança particularmente em casa e na escola”* (Lopes, 1996:325). Assim é nosso intuito perceber, em seguida, como melhor ajudar as crianças com PHDA nos contextos onde passa mais tempo, escola e casa.

5.1 - Intervenção Farmacológica

A intervenção farmacológica é *“ uma componente eficaz do plano geral do tratamento.”* (Parker, 2003:19) sendo que, os medicamentos mais prescritos são os psicoestimulantes e os antidepressivos tricíclicos. Tendo como objetivo inibir os comportamentos através dos medicamentos, que irão agir sobre o córtex pré-frontal, mais concretamente sobre as funções executivas contempladas nele.

Desta forma, os fármacos psicoestimulantes com ação no sistema nervoso central são utilizados desde 1937, sendo a pioneira no tratamento desta perturbação, a Bazedrine. Atualmente os fármacos mais utilizados são: a Ritalina (metilfenidato), Dexedrine (dextroanfetamina) e o Cylert (pemolina). (*Idem*)

Estudos presumem que os psicoestimulantes *“têm efeito nos neurotransmissores do organismo, permitindo assim que a criança focalize melhor a sua atenção, regule a atividade motora, melhore a coordenação visual-motora e, em geral, exiba um comportamento mais intencional e orientado para objetivos”* (Parker, 2003:19), a

realidade é que os efeitos da medicação comprovam melhorias significativas na conduta desadequada destas crianças.

Geralmente, verifica-se a o efeito da Ritalina trinta minutos após a toma, sendo a sua duração de três a quatro horas, dependendo dos miligramas ingeridos. A dose diária, dependendo de cada caso, pode ir dos 5 mg aos 60mg. Concretamente no caso da Ritalina, existe no mercado SR-20, um tipo de Ritalina de libertação mais lenta, criada para ser equivalente a duas doses diárias de 10 mg, sendo o efeito é mais demorado. Contudo a sua duração pode prolongar-se até sete horas. Parker alerta para o facto de que *“os estudos existentes sugerem que, para algumas crianças, a apresentação padrão da Ritalina pode ser mais eficaz do que o SR- 20.”* (2003:20)

Parker (2003) fala-nos ainda do *“efeito ressaca”* que poderá ocorrer após o efeito do medicamento, fazendo com que a criança apresente novamente os sinais que até então tinham sido inibidos.

Por outro lado, os antidepressivos tricíclicos podem ser úteis especificamente para crianças que apresenta sintomas de ansiedade e depressão. Sabemos, no entanto, que os efeitos secundários passam por falta de apetite, dores de estômago, tonturas, taquicardia ligeira entre outros. (*Idem*)

5.2 - Intervenção no Seio Familiar

Concordamos com Lopes quando este afirma não ser fácil de lidar a criança com PHDA *“ mais difícil ainda é ser pai/mãe de uma criança com DHDA”* (2003:213). Todos temos consciência que os rótulos e os estereótipos em volta destas crianças e dos progenitores existem, sendo que, na maioria das vezes, as crianças passam por mal educadas, e os pais por negligentes e permissivos (Barkley, 2002).

Acreditamos que, a receita para lidar com estas crianças passa em grande escala pela consciencialização de que a mesma, realmente não faz de propósito. Parece-nos crucial destacar a incapacidade, em sentido literal, que a criança sente em se controlar, sendo de todo crucial, voltamos a repetir, perceber que a criança não faz de propósito para irritar, chatear ou destabilizar, ela, criança, simplesmente não consegue agir de

outra forma, caracterizando-se por ser desatenta, impulsiva ou desinibida, superativa e exigente.

Desta forma, o estilo de gestão de comportamentos parental deverá assentar na regulação de expectativas reais entre os intervenientes, sendo de real importância a firmeza de atitudes assim como a sua antecipação pois tanto os pais como a criança deverão saber com o que contar. O vínculo e o respeito entre ambos deverá ser constantemente alimentado. As atividades académicas e lúdicas deverão ser momentos partilhados e compartilhados entre a criança e um adulto, sendo fundamental a criança sentir-se acompanhada.

Concretamente, o que é proposto pelos diferentes autores, Lopes (2003), Parker (2003), Barkley (2002) é essencialmente a sugestão de princípios de modificação de comportamentos. Os prestadores de cuidados deverão ser mais proactivos do que reativos, evitando assim situações de confronto e frustração, para ambos, evitando castigos e punições, gritos e ameaças.

De igual forma, o estabelecimento de uma rotina irá desenvolver uma maior segurança e conforto à criança, permitindo-lhe por consequência saber com o que contar, controlando melhor os seus graus de ansiedade e se controlarem portanto é necessário firmeza, a criança aprende por observação, inculcando a noção de disciplina através da utilização de técnicas como o Time - Out.

Conhecendo o problema com o cumprimento de regras, sugerimos aos prestadores que estabeleçam regras simples, precisas e curtas, com consequências claras e criem rotinas que façam com que a criança tenha a crescente consciencialização de norma e castigo, face ao não cumprimento do estabelecido.

No respeitante ao trabalho na equipa multidisciplinar, esperamos que, os prestadores de cuidados observem e registem sistematicamente os comportamentos hiperativos da criança, de forma a partilhar com os Técnicos e, em equipa se poder traçar a melhor intervenção face que foi observado. Acreditamos que, o contacto periódico semanal (pessoal ou telefónico) com os Professores ou outros Técnicos facilita, promove e potencia uma intervenção mais eficaz.

5.3 – Intervenção no Meio Escolar

Não poderíamos estar mais de acordo com Correia quando este afirma que *“quando uma criança com NEES é meramente colocada numa classe regular sem os serviços e apoios de que necessita e/ou quando se espera que o professor do ensino regular responda a todas as necessidades dessa mesma criança, sem o apoio de especialistas, isso não é inclusão nem é educação especial ou educação regular apropriada – é educação irresponsável”* (2008:13).

Pela própria índole da hiperatividade, é na escola que se manifestam crucialmente dois grandes grupos de sintomas: a conduta disruptiva da criança e as suas dificuldades de aprendizagem. Surge a necessidade de elaborar e aplicar um programa de intervenção que vise tanto o progresso académico como a diminuição da sintomatologia comportamental.

Segundo David e Myra Sosin (2006) devemos criar um plano de modificação de comportamento individual, aumentando as hipóteses do sucesso do aluno. Contudo é necessário e imperativo envolver o aluno e um ou ambos os pais na elaboração deste plano. O envolvimento promove o compromisso, e só desta forma o sucesso da tarefa em sinergia.

No respeitante à comunicação o objetivo é implicar todos aqueles que de alguma forma podem possibilitar a mudança no comportamento da criança, sendo o Professor e os Pais, a base pois são as pessoas com quem a criança passa mais tempo. À volta, e com a ajuda fundamental deles, circundam os restantes implicados. A comunicação, entre eles, deverá ser semanal de forma, a ambos, estarem a par do progresso semanal. O esperado e ideal é que este processo fosse recíproco. Espera-se contudo, que para além deste contacto semanal, o Professor contacte os Pais sempre que exista um problema relevante a ser referido. A informação deverá ser partilhada, de forma a promover a participação, e implicação dos pais, na vida escolar. (*Idem*)

Quanto à disposição da sala de aula, sentar o aluno perto do Professor assim como perto de um aluno exemplar, poderá ser a grande mais valia. Os modelos positivos criam motivação e encorajamento para atuar como os mesmos.

De igual forma, o facto de estar perto do Professor facilita a tarefa de orientação do aluno enquanto este dá instruções à turma. Salienta-se que as mesas deverão estar mais afastadas para evitar a distração entre os colegas. O Professor deverá deslocar-se pela sala durante a execução das tarefas, de maneira a perceber as dificuldades das crianças. David e Myra Sosin (2006) defendem, ainda, a criação de uma zona tranquila onde a criança se possa concentrar.

No referente às aulas, propriamente ditas, o Professor deve-se certificar que o aluno toma indicações do que é dito, tendo o especial cuidado de exemplificar, sempre, o que espera que concretamente realizem. A aula deverá ser dinâmica, devendo o Docente Titular de Turma utilizar materiais e técnicas diferentes e, que suscitem interesse e motivação pela aprendizagem, consequentemente a atenção da criança. Contudo estamos em crer que, se o aluno não acreditar e sentir que efetivamente acreditamos nele e no potencial dele, pouco ou nada conseguiremos. A nossa motivação e empenho deverão ser, controladamente, contagiantes, de forma a ele se predispor a corresponder às nossas expectativas. Podemos combinar um sinal com o mesmo de forma a ele perceber que deve estar mais atento, por exemplo. São diversas as estratégias que podem ser usadas quando há de facto, vontade de promover o sucesso das crianças. (*Idem*)

Parece-nos crucial salientar que, as apresentações deverão ser divididas quando muito longas, salientando que o Professor poderá e deverá promover a abertura de diálogo através de debates e conversas.

Outro aspeto fulcral é o Docente ser o mais direto e simples possível, não dar “sermões” e, reforçar positivamente sempre que possível o aluno de forma, a que a criança possa retomar a confiança nela própria. Respeitar o seu ritmo próprio e não apressar as coisas, é preponderante.

Para finalizarmos, acreditamos ser importante percebermos, enquanto profissionais, as suas ações, assim como usarmos o erro como momentos de aprendizagem. É importante darmos o exemplo e expormo-nos a eles, dar para receber é no fundo o que se trata. A afetividade e a empatia poderão ser o grande motor do sucesso da tarefa. Se nós acreditarmos que é possível, é um grande passo para ela

acreditar que consegue. O caminho pode não ser fácil, pode não ser rápido, mas o resultado vale a pena, sem dúvida.

6. – Procedimentos Metodológicos

Segundo Quivy e Campenhoudt “ *a investigação em ciências sociais segue um procedimento análogo ao do pesquisador de petróleo. Não é perfurando ao acaso que este encontrará o que procura.*” (2003:15) Assim é nosso intuito neste trabalho analisar qualitativamente o desenvolvimento e a conduta de D através da metodologia “Estudo de Caso”.

Desta forma imperou a necessidade de recolher os dados estruturais, oficiais, e os dinâmicos relativos a D. Sendo que os primeiros são documentos formais relativos ao percurso e desenvolvimento de D até ao momento, e os segundos dizem respeito à nossa implicação no “terreno”.

De acordo com Bogdan e Biklen (1991) a investigação qualitativa possui cinco características, é nosso intuito explicá-las e relacioná-las com o que pretendemos realizar no nosso estudo. O primeiro ponto defendido segundo os autores é que, “*a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal*” (1994:47). Desta forma propusemo-nos a fazer um “estágio” na instituição durante o mês de novembro, e posteriormente e até à data, janeiro, deslocarmo-nos, pelo menos, um dia por semana à mesma. Contudo, o contacto com a docente da criança foi mantido, via telemóvel ou e-mail, sempre que, esta achou pertinente atualizar a informação sobre a criança.

Durante este “estágio” recolhemos primeiramente os dados oficiais, de forma a podermos caracterizar a realidade pedagógica da criança. Assim, o Projeto Educativo do Agrupamento e o Projeto Curricular de Turma (ver Anexo I) e o meu conhecimento da realidade pedagógica em questão serviu para realizarmos o levantamento dos dados referentes ao meio (ver Anexo II), à escola (ver Anexo III), e à turma. (ver Anexo I e IV)

No referente ao levantamento para a caracterização da criança, pedimos à mãe que preenchesse a ficha de Anamnese (ver Anexo V) e à docente que nos disponibilizasse o processo de D. (Ver anexo VI). É de salientar que a mãe da criança teve algumas dificuldades no preenchimento, acabando por ser ajudada no final de uma

reunião, pelas Técnicas de Educação do Agrupamento. Quanto à Professora Titular salientamos que, demonstrou vontade de colaborar e perceber todo o desenvolvimento do estudo, desde início.

No decorrer deste levantamento foi nosso intuito perceber qual o grau de implicação da Docente e da mãe no processo educativo da criança, assim como verificar se existe ou não troca de informações pertinentes sobre a criança (ver Anexo VII) Neste levantamento encontra-se, também, patente o segundo ponto defendido pelos autores.

O segundo procedimento preconizado pelos investigadores Bogdan e Biklen (1994) é que, a investigação é descritiva, devendo ser sustentada através de: transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias, vídeos, documentos pessoais, memorando e outros registos oficiais. Tendo em conta esta premissa, durante a nossa ida à escola registamos, através de notas de campo (ver Anexo VII) a conduta de D, sendo que era crucial entender o que o motiva a apresentar condutas desadequadas, assim como observar quais os comportamentos inadequados que apresenta. Ainda era crucial entender a sua ocorrência, e atitudes após o comportamento em si. Pareceu-nos fundamental perceber, de igual forma, quais as atitudes dos diferentes intervenientes na realidade pedagógica perante os comportamentos apresentados por D. Perguntas como: será que todos, os adultos que trabalham na escola, têm conhecimento que D é hiperativo? Será que o comportamento dos mesmos é condicionado a este conhecimento? Como lidam com o temperamento intempestivo do mesmo? Qual a conduta da criança dentro e fora da sala, com e sem medicação? Estas são algumas das perguntas que teremos oportunidade de ver respondidas durante o trabalho.

Neste sentido, Bogdan e Bilken afirmam que, “ *na sua busca de conhecimento, os investigadores qualitativos não reduzem as muitas páginas contendo narrativas e outros dados a símbolos numéricos. Tentam analisar os dados em toda a sua riqueza respeitando, tanto quanto possível, a forma em que estes foram registados.*” (1994:48). Ainda nesta perspetiva e para aprofundar as nossas questões, pedimos à Docente, que designaremos por D, à Professora de Apoio, que designaremos de P.A, à Professora Tutora, por P.T e a duas Auxiliares, que designaremos de D. e S, com comportamentos distintos em relação à criança que nos preenchessem o Questionário de

Comportamentos da Criança de Achenbach, traduzido por J. Paulo Almeida, 1991. (ver Anexo IX).

Este Questionário de Comportamentos da Criança é composto por doze perguntas e uma lista de itens sobre o comportamento da criança. Interessa-nos perceber a resposta de todos os inquiridos em seis questões, sendo estas as que pretendem averiguar o tempo que os intervenientes passam com a criança, o seu grau de conhecimento sobre a mesma, os aspetos mais positivos que realçam do aluno e, se entendem que o aluno tem alguma doença. Ainda neste âmbito, a pergunta de cariz opcional sobre os comportamentos referentes ao aluno, ao seu comportamento e/ou ao seu trabalho também importa que a maioria responda. No que respeita às seis perguntas restantes somente nos interessa analisar o testemunho da docente, visto as mesmas serem de cariz académico. Este levantamento, em particular, vai ajudar-nos a perceber qual o desempenho académico da criança em comparação com a turma, especificando as suas notas em cada área específica. Na lista de itens, em específico, interessou-nos particularmente que todos os inquiridos respondessem ao máximo de indicadores possíveis, sendo que a pontuação aferida será comparada com o número de respostas preenchidas, de forma a entendermos a variabilidade de pontuações obtidas pelos inquiridos. Contudo, salvaguardamos, desde já, que duas das inquiridas só conhecem a criança fora do contexto sala de aula portanto apresentam menos itens preenchidos. Concretamente, pediu-se aos inquiridos que, por cada afirmação que descrevesse o aluno, agora e nos últimos 6 meses, colocassem uma cruz no “2” se *a afirmação é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira*, no “1” se *a afirmação é algumas vezes verdadeira* e, no “0” se *a afirmação não for verdadeira*. Posteriormente, analisamos as respostas e constatamos bases de concordância e discordância entre os comportamentos, muito verdadeiros, algumas vezes verdadeiros e não verdadeiros. É de referenciar que, os itens em causa são indicadores de comportamentos desadequados portanto quanto maior a pontuação aferida pior a conduta apresentada.

No preenchimento da lista de itens que descrevem o aluno, a Professora Titular de turma sentiu a necessidade de responder ao inquérito de duas formas distintas. Desta forma, para colmatarmos essa necessidade a docente distinguiu os comportamentos de D, com medicação, sem medicação e, indiferente com ou sem medicação (ver Anexo

IX) Optamos por além de avaliar estas duas variáveis separadamente, incluir esta distinção feita pela Professora na análise paralela de resultados.

Ainda neste sentido é de salientar que, interessando-nos perceber quais os comportamentos da criança no ambiente familiar, pedimos à mãe que preenchesse o mesmo questionário adaptado para pais (ver Anexo XI). Contudo, pedimos à mesma que respondesse às questões em falta neste questionário, de forma a tentar entender qual a perspetiva da mãe sobre o comportamento da criança na escola.

Nos mesmos moldes do anterior questionário, como anteriormente mencionamos, este dirigido aos familiares, apresenta uma lista de cento e treze afirmações que descrevem o filho agora ou nos últimos seis meses, tal como sete grupos de perguntas de enumeração de preferências e de comparação de condutas com outras crianças. Tal como no anterior, foi pedido à mãe que, marcasse com uma cruz no “2” se a afirmação é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira, no “1” se a afirmação algumas vezes é verdadeira e no “0” se a afirmação não for verdadeira. Na análise de dados apresentaremos os itens somente dirigidos à mãe como transversais aos restantes resultados obtidos.

Tendo em conta os dados recolhidos, por todos os inquiridos, sentimos necessidade de estabelecer uma ponte entre os indicadores da listagem e os comportamentos típicos de cada dimensão da PHDA. Assim, agrupamos os dados pelas dimensões da PHDA, segundo os critérios do DSM-IV-TR e a fundamentação teórica, acrescentando a categoria problemas adjacentes/relacionados ou consequentes dos primeiros. Considerando que estes podem ser observados mediante a combinação entre dimensões ou simplesmente mediante a toma, ou não, de medicação como teremos possibilidade de constatar.

Procedemos à comparação das respostas dos colaboradores do estudo, mais uma vez, com a intenção de perceber quais as concordâncias e discrepâncias de respostas. Analisamos todas as respostas paralelamente, de forma a poder inferir conclusões sobre a predominância de comportamentos desadequados.

No que respeita ao terceiro ponto, os investigadores anteriormente citados (Bogdan; Biklen, 1990), defendem que, o estudo qualitativo, se interessa mais pelo processo do

que simplesmente pelos resultados ou produtos. Mais importante do que, afirmarmos o que está mal, foi entendermos, claramente, o porquê das situações.

Sabemos que a criança embora com conduta, por vezes, problemática se encontra bem inserida e adaptada na turma, contudo realizamos o Teste Sociométrico a fim de perceber realmente este grau de aceitação e adaptação. Este, foi realizado na turma só estando eu com os alunos através do preenchimento de um quadro e umas perguntas referentes ao comportamento - mau comportamento dentro e fora da sala. Salvuardamos na própria “ficha “ que as respostas ficariam somente entre nós. (ver Anexo XII) É de salientar que, as crianças que não responderam às questões não o fizeram por incapacidade de reconhecer o indicador a avaliar. Ainda achamos pertinente perceber como descreviam a professora. (*Idem*)

Em quarto lugar, os mesmos autores, preconizam que este tipo de investigação tende a analisar os dados de forma indutiva, o objetivo não é portanto o de recolher dados ou provas com o objetivo de confirmar algo, mas sim construir abstrações que “*são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando*” (1994:50). Com base nisto continuamos sistematicamente a observar, registar e analisar o nosso caso, de forma a conseguirmos traçar um caminho coerente e, de igual forma pertinente.

Ousadamente partimos para o terreno, que tão bem nos é conhecido, com a necessidade urgente de poder ajudar D, tentando, sempre que possível, observar a criança no contexto, e sobre as diferentes perspetivas, de forma a perceber as suas motivações, preferências e condutas a modificar. Sendo que segundo Psathas (1973) a quinta característica baseia-se nisto mesmo, “*perceber aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem.*” (cit. Bogdan e Biklen, 1994) Nesta perspetiva agrupamos e relacionamos as informações de forma a traçarmos um significado coerente de quais as necessidades de D.

O nosso objetivo último é o de traçar um Plano de Intervenção que vá de encontro às necessidades da criança. Optamos assim pela Formação de Docentes e Não

Docentes, da realidade educativa, em *Educação e Tutoria*, de forma a consciencializar os intervenientes da importância da sua conduta no comportamento das crianças.

CAPÍTULO II:
CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE
PEDAGÓGICA

1- Introdução

Concordamos com Correia (2008) quando este defende que, a inclusão passa obrigatoriamente por perceber quais as capacidades e necessidades da criança. Encarar a criança como um todo e, não como a soma das suas partes é o nosso dever enquanto profissionais. A visão ecológica permite-nos ver com olhos de ver as crianças à nossa frente, ainda na perspetiva deste autor, a escola deverá respeitar três níveis de desenvolvimento essenciais – o nível académico, o socioemocional e o pessoal.

Assentes nesta perspetiva, considerarmos o aluno em questão, como o centro da atenção da Escola, da Família e da Comunidade, fazendo todo o sentido, procedermos ao levantamento dos dados referentes, aos meios onde a criança se encontra inserida é importante salientar que só com este levantamento podemos proporcionar promover uma educação apropriada, e orientada para o desenvolvimento de todas as potencialidades da criança.

1.1 -Caracterização do Meio

A Escola situa-se na freguesia de Campanhã, pertencendo, desta forma à maior freguesia do concelho do Porto com cerca de oito quilómetros quadrados. A escola pertence a um Agrupamento de Escolas juntamente com mais três Escolas de Ensino Básico e Educação de Infância, tendo como sede de Agrupamento uma EB 2/3. (Ver Anexo II)

A Escola encontra-se localizada numa zona de várias organizações de índole educacional, cultural, associativa e desportiva, sendo de salientar a existência de ATL's que apoiam as crianças após as atividades letivas. No referente à acessibilidade, esta zona é muito bem servida de meios de transporte, nomeadamente STCP, CP e táxis. (*Idem*)

É conhecido que, a freguesia enfrenta graves problemas sociais como droga, furto e o alcoolismo, sendo ainda de salientar o grande número de famílias monoparentais que, apresentam uma situação precária agravada pelo desemprego e pela

falta de pagamento atempado e regular dos salários. Estes factos causam um impacto negativo, a nível escolar, no rendimento dos alunos. (*Ibidem*)

1.2 - Caracterização da Escola

Tendo a caracterização do meio em conta, este agrupamento em particular, e face às suas particularidades, integra o projeto TEIP como linhas orientadoras da sua ação. O projeto, realizado sobre a alçada do TEIP (Território Educativo de Intervenção Prioritária) tem como principais objetivos, diminuir os índices de insucesso, abandono, absentismo e indisciplina escolar. Esta especificidade confere às escolas do agrupamento regalias a nível da intervenção e ação educativa, destacando uma equipa privilegiada de técnicos constituída por: Psicóloga, Assistente Social, Técnica de Educação Social, Professores Tutores e Professores de Educação Especial. Esta equipa multidisciplinar, pertencente ao grupo de intervenção contra a indisciplina, o absentismo e abandono, em associação com a ação tutorial, desenvolvida nas escolas intervêm mediante as necessidades das crianças, apresentadas pelos Docentes Titulares de Turma.

A Escola em questão é constituída por dez turmas, nove de ensino básico, (duas turmas de primeiro, segundo e terceiro ano e três de quarto) e uma sala de pré-escolar heterogénea, no horário de regime normal. No que respeita aos recursos humanos, a escola possui em regime interno, dez Professores Titulares de Turma, uma Professora de Apoio, um Porteiro e seis Auxiliares de Ação Educativa. Em regime itinerante possui todos os recursos, anteriormente referidos, fornecidos pelo TEIP. A escola possui 173 alunos no seu total, estando 2 alunas integradas na educação especial. Contudo é de salientar existir vários casos sobre avaliação, caso da criança em estudo. (ver anexo III e I)

Relativamente ao horário letivo, este inicia às 9h00 com intervalo de recreio das 10h30 de trinta minutos, começando novamente as aulas das 11h00 às 12h00. Da parte da tarde, as aulas começam às 13h30 até às 15h30. A esta hora, 15h30, os alunos que frequentam as atividades extra curriculares gozam de um intervalo de meia hora, entrando às 4h00 na atividade, designada, saindo às 17h30. (Idem e Anexo 1)

No que respeita às infraestruturas, a Escola tem dois pisos, e é constituída por diferentes espaços. É de salientar, que embora na entrada da escola exista uma rampa, a escola não tem condições físicas para receber crianças com problemas motores graves. (ver Anexo III)

No primeiro andar, situa-se o jardim de infância e cinco salas de ensino básico, sendo que só uma das salas de ensino básico, o 4ºC, não tem acesso direto, pela sala, ao recreio. Ainda neste piso temos os gabinetes, o de apoio, o da coordenação e a sala dos professores. Esta última, local onde os professores convivem e se reúnem nos intervalos. (Idem)

Quanto às casas de banho, existem dez casas de banho para as crianças, seis no andar inferior, três para as meninas e outras 3 para os meninos, e quatro para ambos os sexos no andar superior. Ainda neste âmbito, existe uma casa de banho específica para os Funcionários e outra para os Professores no primeiro andar, e três no andar de serviço para os adultos. Existe ainda uma casa de banho destinada a crianças com problemas motores, e dois balneários (*Ibidem*).

Ainda no piso térreo temos a cantina, que serve refeições diárias através da UNISELF e o polivalente, local onde as crianças realizam as atividades de educação física, as atividades lúdicas e livres. Por último, a escola, tem um grande recreio exterior, contudo desprovido de qualquer material lúdico (ver Anexo III).

A nível de material de apoio, a Escola possui três quadros interativos, nas salas de quarto ano, computadores em todas as salas assim como leitores de CD, e um retroprojetor disponível a todos. No primeiro andar encontram-se 4 estantes, com livros pedagógicos e lúdicos, ao acesso de todos os docentes (*Idem*).

1.3 - Caracterização da Turma

A turma é composta por 23 alunos, de idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos, sendo 10 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Salienta-se que existe um aluno itinerante, pertencente a uma companhia de circo (ver Anexo IV e I).

É uma turma heterogénea, na medida em que cada aluno é um caso específico, existindo diferentes níveis de aprendizagem, assim como diferenças de cariz sócio cultural. A maioria dos alunos provêm de um meio sociocultural baixo, estando quase metade da turma subsidiada. Contudo, há alguns Encarregados de Educação que vivem uma situação financeira estável. É de referir que, algumas famílias são monoparentais e outras crianças vivem com a Mãe e o Padrasto.

A maioria dos alunos desloca-se a pé uma vez que vive perto do estabelecimento de ensino. É de referir que a grande massa da turma frequenta um Centro de Estudo perto da escola, tendo bastante acompanhamento nas suas aprendizagens fora do contexto escolar. (*Idem*)

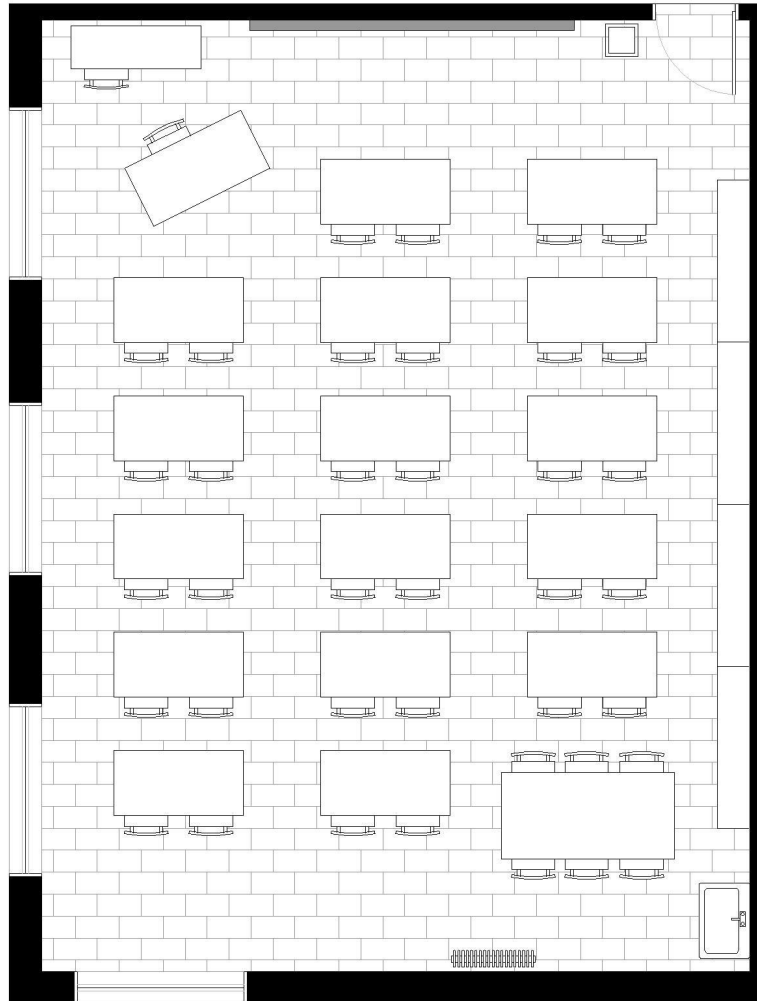
No referente às aprendizagens, e como anteriormente foi referido, esta turma também é desigual, existindo um grande grupo que acompanha sem dificuldades, as competências curriculares, revelando cultura geral e facilidade na aquisição dos conteúdos, e um outro que acompanha satisfatoriamente. Salienta-se que o aluno em estudo (D) foi transferido para esta turma o ano passado, e continua a ser acompanhado tanto pelo Professor Tutor, quando possível, como pelo Professor de Apoio, duas horas por semana. (ver Anexo VI) Neste momento, o seu processo foi encaminhado para a Equipa de Educação Especial, estando o aluno em processo de avaliação. Continua a ser um aluno diagnosticado de Hiperativo ainda que, até á data não tenha sido entregue qualquer tipo de documentação que o comprove.

Este ano letivo foram inseridos dois alunos na turma, transferidos de outras escolas, sendo um repetente. De um modo geral, a turma é bem comportada e empenhada nas tarefas que lhes são propostas. São curiosos e têm gosto pela descoberta.

A nível Docente, a turma é composta por uma Professora Titular de Turma, uma Professora de Apoio e três Professores contratados ao nível das atividades Extra Curriculares - Inglês, Expressão musical e Educação Física. (ver Anexo I e IV)

Relativamente, ao nível físico a sala é uma sala grande e agradável, apresentando boa luminosidade e boas condições a nível do pavimento, paredes e isolamento térmico. É de salientar que ao fundo da sala se encontra um aquecedor a

elétrico, permanentemente, ligado em horário letivo. A nível estético, a sala, é bastante agradável e harmoniosa, tendo acesso direto ao exterior.



A sala é constituída por dezoito mesas, dezasseis para as crianças, com vinte e quatro cadeiras e duas mesas para a Professora, uma de trabalho e outra com o computador e material pedagógico. As mesas encontram-se dispostas no estilo dito normal, tradicional, existindo três filas constituídas por cinco mesas cada. O quadro utilizado é um quadro branco. O material escolar é guardado nos quatro armários da sala, onde podemos encontrar além de livros académicos, livros pedagógicos assim como dicionários e material de desgaste. A Professora Titular tem sempre consigo a máquina fotográfica. (*Idem*)

1.4 - Caracterização da Família

O agregado familiar de D é composto pela mãe, companheiro e irmã, estando a criança em questão sobre a custódia da mãe. A mãe tem 26 anos e o pai 25, possuem ambos o 6º ano de escolaridade e são ambos empregados de balcão /mesas. A irmã tem 2 anos de idade e frequenta o jardim de infância. (Ver anexo V)

Segundo a mãe, sabemos que, a criança é fruto de um relacionamento complicado, afirmando que “*desde o início da relação foi vítima de maus tratos*” (ver Anexo XV), chegando mesmo a receber tratamento hospitalar pelas agressões feitas. Segundo o que contou à Psicóloga e à Assistente Social, foi numa destas idas ao hospital que descobriu estar grávida, gravidez indesejada. Durante a gravidez viveu em situações precárias, em casa dos pais do companheiro, sendo que este, como a mãe afirma, consumia e vendia droga, assim como era igualmente vítima de violência doméstica. Desta forma, durante o período pré natal sabemos que a mãe além de não se ter alimentado satisfatoriamente, também tomou medicamentos devido a infeções urinárias, acrescentando que fumou, tabaco (ver Anexo VI).

Após os incidentes relatados em cima, sabemos que a mãe tentou por várias vezes afastar-se do companheiro mas sempre sem sucesso. O pai do D foi preso quando este tinha 11 meses, após se ter envolvido em assaltos e negócios ilícitos.

Mais tarde, soubemos através de informações fornecidas pelas técnicas do agrupamento, Professora Tutora e Assistente Social, que a mãe da criança, na reunião com as mesmas, contou, que o pai de D se envolveu num assalto acabando por abandonar o carro e deixar a criança abandonada no banco traseiro. O menino acabou por ser encontrado pela polícia. (*Idem*)

Pelas mesmas Técnicas soubemos que o relacionamento da mãe e da família do pai do D é marcado por constantes confusões, não gostando a mãe que a criança frequente a casa dos pais, contudo D demonstra grande afetividade pelo avô paterno o que leva a mãe a, por vezes, ceder. A história contudo não é pacífica, havendo tentativas de “raptos” tanto por parte do pai da criança como por parte da tia. Foram várias vezes a tribunal requerer a custódia do menino, sem que nunca chegassem a um acordo, e aproveitando sempre essas situações para trocar acusações e provocações. Uma das

vezes afirma a mãe, às técnicas, que chegou mesmo a declarar que o D não seria filho do suposto até agora pai. (*Ibidem*)

Entretanto, á cerca de três/quatro anos a mãe refez a sua vida junto de outro companheiro de quem tem uma filha com cerca de 2 anos. Moram os quatro juntos e a relação entre todos parece ser boa. O D chama o companheiro da mãe de pai.

No início de novembro, a escola, foi alertada para o facto da avó materna do D ter-se dirigido à mesma para fazer queixa da mãe do aluno à Professora Titular. A avó disse que iria pedir a custódia do menino juntamente com o pai. Perante este facto, a Escola alertou a mãe para o que estava a acontecer.

Mais uma vez, através da reunião, com a Técnica Superior de Serviço Social e com a Professora Tutora do agrupamento, tivemos conhecimento que, a mãe afirma que a sua relação com a mãe nunca foi muito pacífica e que a mesma se terá aproveitado dela para obter algum dinheiro, ainda o D era bebé. Soubemos que a mãe e o companheiro emigraram para Inglaterra e enviavam à avó materna cerca de 680€ por mês para sustentar o filho, que ficou em Portugal a pedido da mesma. Todavia, a avó pedia também ao pai do D quantias idênticas alegando que precisava do dinheiro para providenciar os bens necessários para a criança. A mãe só descobriu esta situação em tribunal quando acusou o pai de nunca ter dado pensão de alimentos. (ver Anexo VI)

Neste momento, as crianças continuam a frequentar e a pernoitar algumas vezes em casa da avó porque a mãe se dá muito bem com o pai e quer que eles mantenham uma relação essencialmente com o avô. A mãe do D desabafou com as Técnicas sobre alguns episódios da sua infância, relatando que sofreu abusos por parte de um irmão da parte do pai. Mencionou até, que a sua mãe sabia o que acontecia e que nunca fez nada para a proteger e que ainda usou essa situação para chantagear esse mesmo irmão. (*Idem*)

Tanto a mãe como a avó (esta última segundo informação da professora titular de turma) trocam acusações de negligência familiar. Se por um lado, a avó diz que o D não faz os trabalhos de casa quando está em casa e que não toma a medicação, por outro, a mãe diz exatamente o mesmo da avó, apesar de admitir que por vezes não dá a medicação ao filho por esquecimento ou porque o mesmo lhe pede para não tomar com

a promessa de que se porta bem. A avó do D comenta com a Professora, algumas vezes, que a filha “não tem remédio”. (ver Anexo VI)

A mãe encontra-se a trabalhar, assim como o companheiro, e estão a mudar de casa. É desejo da mãe voltar a encaminhar o D para consultas de pedopsiquiatria porque não consegue entender como está a situação do filho ao nível dessas mesmas consultas.

1.5 - Caracterização do Aluno

A criança D é do sexo masculino, tem 7 anos e é aluno do segundo ano de escolaridade. Vive com a mãe, o padrasto e a irmã, de dois anos em Rio Tinto. Nasceu de parto normal, não existindo nada apontar no seu desenvolvimento motor e linguístico. A nível de saúde, segundo a mãe só sabemos de uma otite aos 7 anos de idade. (ver Anexo V)

Relativamente ao sono, segundo a mãe, o D nem sempre dorme bem, adormecendo sempre com a companhia da mesma. É uma criança que acorda muitas vezes durante a noite, o que tem como consequência ir dormir para a cama da mãe. A sua alimentação, segundo a mãe, “*tem alturas*”, pensamos que este fato advém da toma da Ritalina que pode tirar o apetite. Contudo, sabemos que rejeita muitos alimentos e não mastiga da melhor forma, acabando por vomitar, por vezes, após a refeição. É autónomo na sua higiene pessoal, contudo segundo a mãe “*só controla as necessidades durante o dia.*” (ver Anexo V)

O seu percurso académico começa com a entrada para o pré-escolar com três anos de idade. Frequentou dois infantários até entrar para o primeiro ano de escolaridade, onde foi transferido de escola, em novembro, para a atual. Segundo o que soubemos pela avó, os problemas que o aluno dava na anterior, escola, eram tantos que a professora aconselhou a mãe a mudá-lo.

No primeiro contacto com a professora a avó afirmou que, a criança se tratava de uma criança “*algo agitada*”, e se encontrava medicada com Ritalina. Porém até aos dias de hoje, a escola não teve acesso a qualquer tipo de documentação que o comprove. É de salientar que também não existe nada no processo da criança que nos dê conta do

percurso do menino até à entrada deste na escola atual. O aluno foi inserido em tutoria após o conhecimento dos seus antecedentes. (*Idem*)

O aluno inseriu-se satisfatoriamente no grupo/turma/escola, não tendo qualquer tipo de dificuldades de adaptação.

O seu percurso académico, até ao fim do primeiro período foi razoável, acompanhou de forma satisfatória as competências estabelecidas para o primeiro ano. Foi sempre um aluno preocupado, interessado e atento. (ver Anexo VI)

A partir do início do segundo período, o comportamento do aluno alterou-se por completo. Ficou demasiadamente agitado, desconcentrado e desmotivado. Verificou-se que o aluno não andava a tomar a medicação. O aluno comporta-se de formas diferentes: com medicação e sem medicação. No primeiro caso, o aluno é sociável, amigo, participativo, interessado, aplicado, faz todos os trabalhos propostos e gosta de se certificar que estão corretos. No segundo torna-se violento, usa linguagem pouco adequada, é desafiador, pouco interessado e despreocupado com tudo o que o rodeia. Não realiza as tarefas na sua totalidade e o que faz é feito sem pensar e com uma má apresentação, quer seja no caderno diário como em qualquer ficha de trabalho, que não aparece feita mas sim riscada. Esta alteração de comportamento com ou sem medicação de D é constatada por todos aqueles que convivem com ele, na realidade escolar, até aos dias de hoje. (*Idem*)

Segundo a Professora Titular quando questionada sobre este problema, esta refere que quando a criança é confrontada sobre se tomou ou não a medicação, inicialmente o aluno mente mas após insistência confessa que não toma, e que muitas vezes diz à mãe que a tem de tomar mas que a mesma lhe diz, por vezes, que não precisa. Diz-lhe que ele já sabe que tem de se portar bem.

Na apreciação global do 1 ano, do primeiro período podemos ler (ver Anexo VI) *“O D é um aluno que tem vindo a se mostrar cada vez mais interessado e aplicado em tudo o que faz. Atingiu as competências estabelecidas para este primeiro período, se bem que deve se empenhar para melhorar os seus resultados. Deve nos tempos livres continuar a estimular a leitura e a escrita. O D pode melhorar os seus resultados escolares se conseguir controlar os seus impulsos. O seu rendimento escolar está muito*

dependente do controlo do seu comportamento inconstante”, em sequência, no segundo período a sua avaliação era seguinte “O D tem rendimento satisfatório nas diferentes áreas curriculares como não curriculares. Demonstra interesse nos conteúdos aprendidos. É empenhado mas ainda poderia ser mais. Precisa de aperfeiçoar mais a sua leitura e escrita. É preciso ser mais pontual” e por fim no terceiro constatamos que “Embora se tivesse sentido alguns progressos, o D apresenta insegurança, nos trabalhos que lhe são propostos. Deve dedicar-se muito á prática de exercícios para superar as dificuldades existentes. Deve ser mais cuidadoso com todo o material que utiliza. Deve estudar muito para superar algumas dificuldades ainda sentidas. Sabemos que a questão da assiduidade e pontualidade é um problema com que a professora, por vezes, se confronta com a mãe.

A criança em questão frequenta o Apoio Educativo, duas vezes por semana, uma hora por sessão, e o Programa de Tutoria desde a sua entrada para esta escola até ao momento, com o objetivo de colmatar as limitações observadas. Segundo o Professor de Apoio, deste e do anterior ano, a criança com medicação mostra-se empenhada e dedicada ao trabalho, sendo bastante participativa e perspicaz no seu pensamento. Quanto ao Professor Tutor, este descreve o D como uma criança bastante inteligente mas com um historial de vida muito complicado. (Ver Anexo VII)

Durante o ano vigente, 2011/2012, o D foi encaminhado para o Serviço de Psicologia e Orientação pela Professora Titular, com o total apoio da mãe. As razões pelas quais foi encaminhado prendem-se com o facto de ser *“conflituoso, problemático, com problemas familiares extremamente complicados que se refletem em todo o seu comportamento. Quando não toma a medicação (o que tem acontecido com alguma frequência) é desinteressado, agressivo, desatento e perturbador de todo o ambiente escolar”* (ver anexo serviço de psicologia e orientação.” (ver Anexo VI)

Segundo o registo de avaliação do aluno, referente ao primeiro período do ano vigente, podemos constatar que este *“ devidamente medicado tem capacidades para evoluir nas suas aprendizagens”*. Segundo a Professora Titular de Turma, D é interessado, participativo, responsável e cumpre as regras quando medicado, contudo é pouco autónomo na realização das tarefas e verifica-se que tem poucos hábitos de estudo e trabalho. É de salientar, e ainda segundo a docente, que este é bastante

perspicaz e que é possuidor de um bom raciocínio. (ver Anexo VI), contudo e devido às suas dificuldades, essencialmente a Língua Portuguesa mas também a Matemática, a docente ao abrigo do artigo nº 2 do Despacho Normativo nº 50/2005 de 9 de novembro recomendou a aplicação de um Plano de Recuperação (*Idem*). As medidas a aplicar, durante o segundo e terceiro período, serão de cariz de pedagogia diferenciada na sala de aula e, aulas de apoio sócio educativo sendo que, as estratégias a implementar abrangem a realidade da criança em todas as vertentes, professores, aluno em casa e encarregado de educação.

Salienta-se que de acordo com a Docente a criança tanto é “*afável como amigo, como tem comportamentos desajustados e violentos sem pensar muito bem nas consequências*” (ver Anexo VI), de igual forma descrito como prestável, atencioso e preocupado. Pelo pessoal não docente da escola, o D, é visto, por alguns, como zaragateiro e muito provocador, causador da maioria das chatices no intervalo, e por outros como um aluno problemático que só quer chamar a atenção. Os colegas da turma, em geral, gostam dele.

2. - Determinação das Necessidades Educativas Especiais

Para a determinação das necessidades educativas de D foi importante conhecermos o seu processo de desenvolvimento, a sintomatologia atual, o ambiente familiar e escolar.

As informações até agora mencionadas irão ser complementadas com os dados fornecidos através do preenchimento do Questionário de Comportamentos da Criança, assim como pelo Teste Sociométrico. Após esta análise é nosso intuito cruzar as informações obtidas, de forma a podermos entender a variabilidade do comportamento apresentado por D no contexto escolar.

2.1 – Análise e Discussão dos Resultados

Tendo em conta o Questionário do Comportamento da Criança (Ver anexo IX) em seguida iremos proceder à análise das suas respostas, contudo é de salientar que devido à pertinência do levantamento das respostas, somente a Docente respondeu a todo o questionário, como anteriormente foi referido, iremos analisá-lo individualmente, e sempre que pertinente acrescentar os testemunhos dos restantes inquiridos. É de salientar que, sempre que nos pareça pertinente iremos estabelecer pontes com os dados recolhidos.

Na primeira pergunta *“há quanto tempo conhece a criança”*, a Docente referiu já o conhecer razoavelmente bem há dois anos, passando em média vinte e cinco horas semanais com a mesma. O aluno em causa está a frequentar o segundo ano de escolaridade, não tendo repetido até ao momento nenhuma vez, sendo de destacar que usufrui de um apoio sócio educativo duas vezes por semana, uma hora de cada vez. (ver Anexo IX) A Professora de Apoio e a Professora Tutora tal como uma das auxiliares inquiridas conhecem a criança desde a sua entrada na escola. A outra inquirida Auxiliar R, como a designaremos, conhece a criança desde o início deste ano letivo, cinco meses. No tocante ao conhecimento sobre a criança, só a Auxiliar R, assume conhecer muito

bem a criança, os restantes respondem razoavelmente. Aquando o preenchimento do inquérito afirmou que a criança não cativa, assumindo sempre uma postura bastante crítica sobre os comportamentos da criança.

Relativamente, ao rendimento escolar a Professora Titular de Turma, considera a disciplina de Formação Cívica como a que tem um rendimento mais baixo, Língua Portuguesa, Matemática, Estudo do Meio e Expressão Plástica considera-o apenas um pouco abaixo da média. Porém a Expressão Dramática, Físico - Motora, Estudo Acompanhado e Área de Projeto considera-o dentro do nível. Estes resultados, obtidos através das respostas da Docente, tiveram como termo de comparação a turma em que o aluno está inserido sendo que, esta como mencionamos na caracterização da turma é muito boa a nível de resultados académicos. (*Idem e Anexo I*) Ainda comparativamente com os outros alunos que compõem a turma, este destaca-se pela negativa visto que a Docente considera que, o aluno trabalha menos, está numa fase de aprendizagem menor e não é tão feliz como os restantes alunos e, a nível comportamental comporta-se desadequadamente. É de salientar que, a Docente em todos os documentos recolhidos diferencia os comportamentos da criança, sendo que, de igual forma, menciona que esta não os toma regularmente. (ver Anexo VI) A soma destes fatores, foram alguns dos motivos que a Docente mencionou na referência. (*Idem*)

Relativamente aos resultados académicos até à data do preenchimento do questionário, a Docente salienta dois momentos em específico, a avaliação diagnóstica e, a avaliação referente a setembro / outubro. É de salientar que, na avaliação diagnóstica a mesma salienta o facto de o aluno estar sem medicação aquando a realização das provas, obtendo muito insuficiente às disciplinas de matemática e língua portuguesa e muito bom a estudo do meio. Nos resultados de setembro/outubro a criança obteve suficiente em Estudo do Meio e Matemática e, Insuficiente a Língua Portuguesa, não havendo qualquer indicação de a criança estar medicada ou não nesta altura. (*Ibidem*)

A docente, assim como todos os inquiridos, referem o aluno como hiperativo. A Professora Titular considera os seus aspetos mais positivos o facto de ser “*prestável, atencioso e preocupado*” referindo ainda que, quer “*o seu comportamento, quer o seu rendimento escolar está dependente de uma toma correta e diária da medicação em*

causa”. (ver Anexo IX e VI). Por outro lado a Professora tutora, designada por PT, descreve-o como uma “*criança inteligente mas com uma história de vida complicada.*” (ver anexo IX) Ainda nesta perspetiva, a professora de apoio, designada de P.A, afirma que este é “*interessado e preocupado com a execução dos trabalhos, é uma criança que necessita de tratamento especial devido às suas necessidades específicas*” (Idem). Quanto às auxiliares, designadas por R e S, ficamos a saber que R vê a criança como, sendo “*meiguinho. Já se virou a mim (...) uma criança que se vira às outras crianças todas. Bate às funcionárias*”. Durante o nosso “*estágio*” verificamos que esta Auxiliar não simpatiza particularmente com D, acabando, a maioria das vezes, por culpá-lo independentemente da situação. Por outro lado a S que, o conhece desde a sua entrada na escola descreve-o como uma criança carente e que precisa “*de quem o compreenda.*” (Ibidem). Esta Auxiliar protege o D, tentando sempre aligeirar os sucedidos. (ver Anexo VII)

Assim, em seguida será analisada a pontuação obtida através do preenchimento da listagem de itens, presente no Questionário de Comportamento da Criança, de todos os indivíduos envolvidos no estudo. Salientamos que apresentamos os dados referentes à distinção da toma de medicação, ou não, através do questionário da Docente. (ver Anexo IX e X)

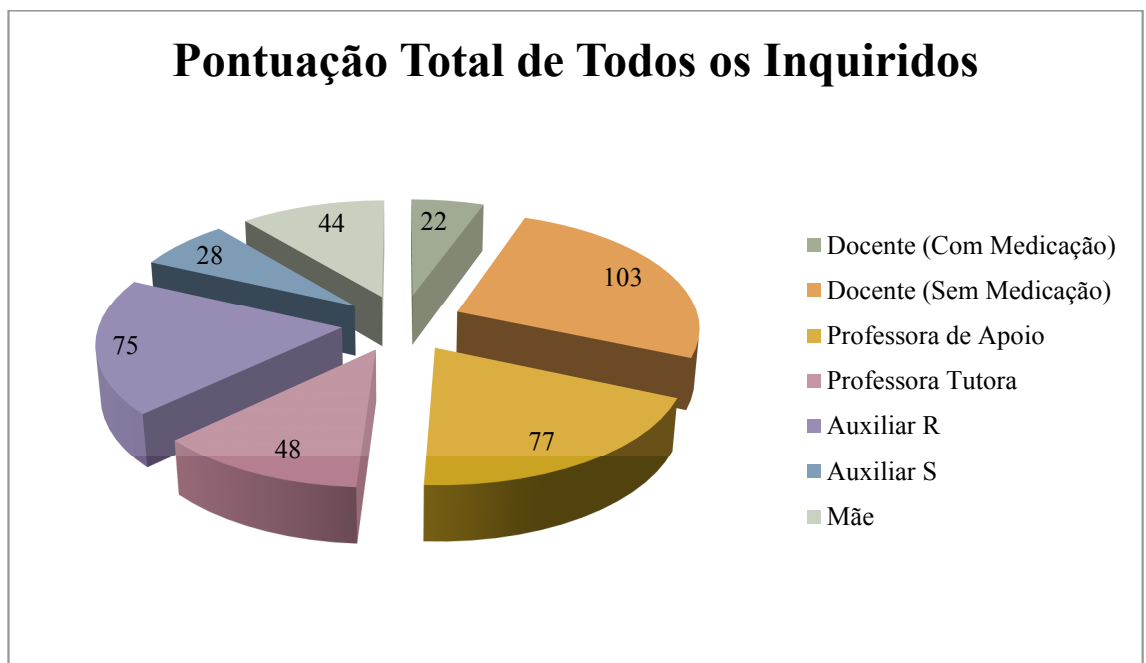


Gráfico I – Pontuação Total de Todos os Inquiridos.

Relativamente à pontuação atribuída pelos inquiridos, verifica-se que a Docente é a que atribui mais pontuação sendo de salientar que, esta é relativa a quando a criança não toma a medicação. Quando existe a toma da medicação a Docente diminui drasticamente a pontuação conferida de cento e três para vinte e dois, sendo a menor pontuação apresentada. Ainda podemos verificar que a Professora de Apoio atribui uma classificação de setenta e sete pontos, seguida da Auxiliar R com setenta e cinco pontos.

Ainda segundo o gráfico, é de sublinhar a diferença que existe entre a Auxiliar R que atribui setenta e cinco pontos e a auxiliar S que atribui vinte e oito. A mãe apresenta uma pontuação de quarenta e quatro pontos.

Tendo esta análise como sustentação e base do trabalho, importa obrigatoriamente perceber os valores obtidos consoante o número de respostas fornecidas pelos inquiridos.

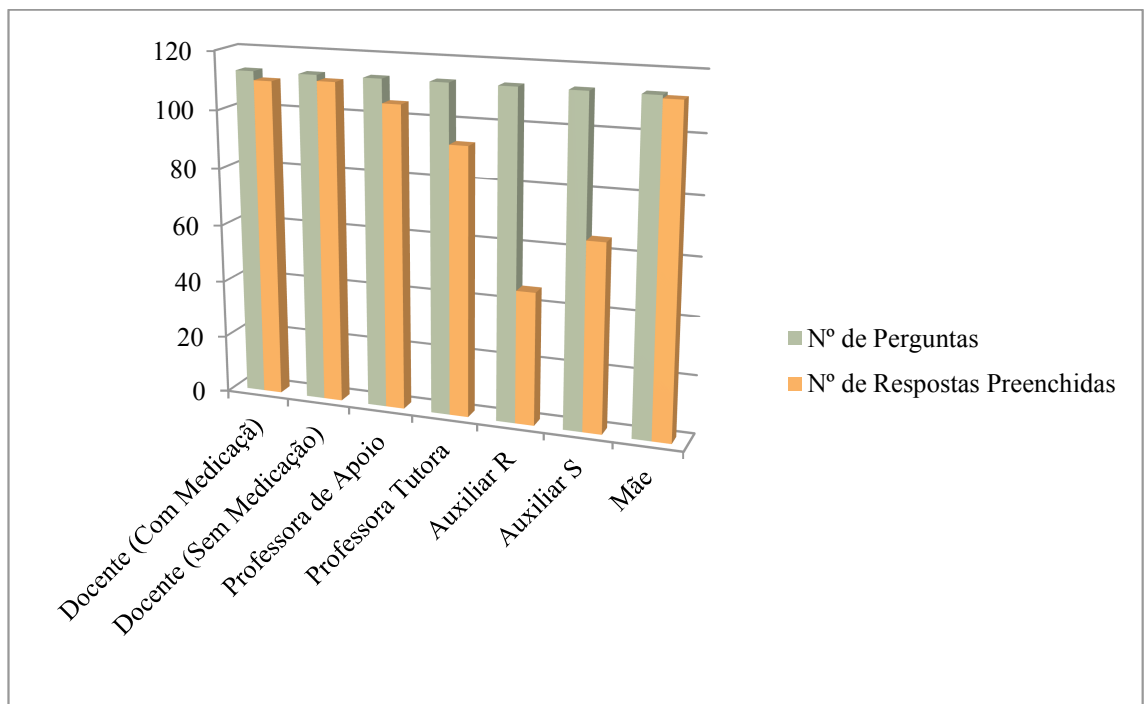


Gráfico II – Comparação do número de respostas dadas com a pontuação obtida.

Segundo os resultados apresentados neste quadro, aferimos que a Docente e a Mãe são as pessoas que se destacam no preenchimento total do inquérito, sendo que a pontuação das respostas anteriormente referidas está relacionada diretamente com este gráfico, destacando-se a Auxiliar R como a que menos respostas preencheu. Contudo

relacionando o gráfico II com o I percebemos que esta atribui uma pontuação alta, comparativamente ao número de respostas dadas.

Ainda no referente, à comparação entre gráficos é mais uma vez evidente a distinção de respostas dadas pela Docente, aquando a toma ou não da medicação. Importando esmiuçar estas variáveis, analisamos em seguida estes critérios. (ver Anexo IX)

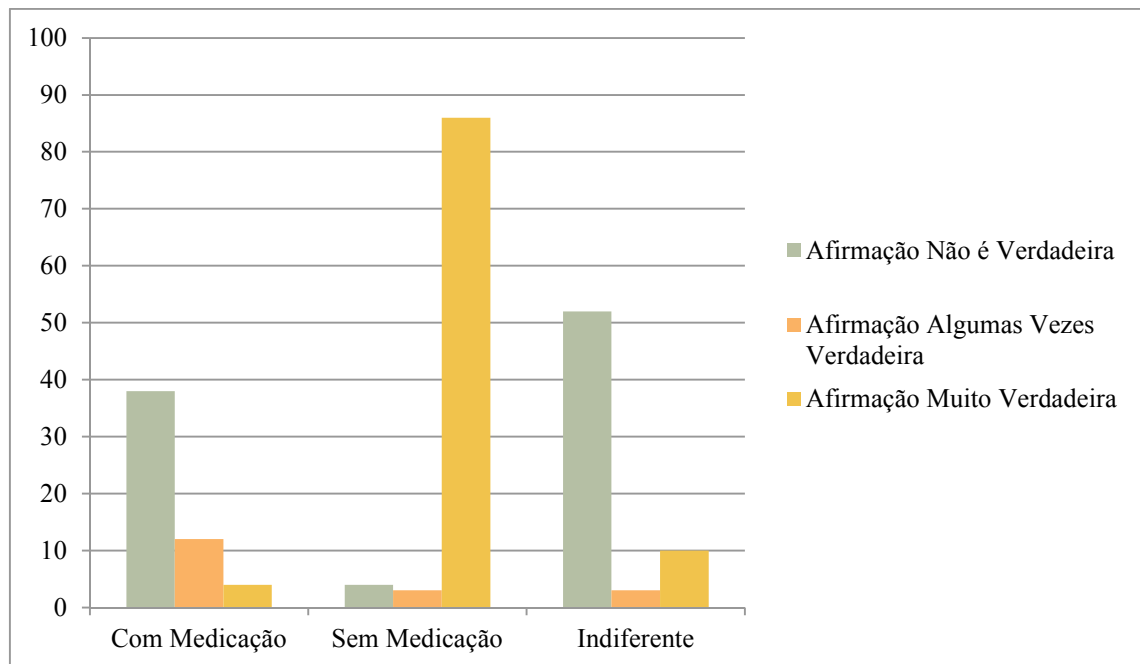


Gráfico III- Variabilidade de Respostas mediante a toma ou não de medicação.

Procedendo à análise do gráfico, e de forma geral, verificamos que sem medicação a criança apresenta maior incidência de comportamentos desadequados, sendo o facto de discutir muito, ter dificuldades em seguir instruções, ser desobediente na escola, perturbar os colegas e ter dificuldades em aprender, alguns dos exemplos disso mesmo. (ver Anexo IX)

Ainda neste âmbito as afirmações não verdadeiras prendem-se com fatores como preocupar-se demasiado com a limpeza e o asseio, estar extremamente desejoso de agradar, ter receio de cometer erros, e estar preocupado. No que concerne às afirmações algumas vezes verdadeiras, sem medicação, constatamos que a criança aparece como propicia a destruir propriedade dos outros, tende a achar que as outras crianças não gostam dele e grita muito.

Aquando da toma da medicação observamos que o D apresenta maior incidência nas afirmações não verdadeiras, apresentando mais facilidade em concentrar-se, em seguir instruções, em controlar-se, em comportar-se responsabilmente assim como, a não apresentar teimosia, irritamento e a ter melhor aproveitamento. Ainda neste ambito constatamos que o critério algumas vezes, se prende com os itens agarrar-se muito aos adultos, ficar ciumento com facilidade, salientado-se que a criança sente que os outros o perseguem, que o querem apanhar em falta. Ainda no que se refere a este critério verifica-se que, algumas vezes apresenta trabalho sujo ou confuso, que gosta de se “exibir”, de fazer palhaçadas, mete-se em muitas brigas e, por fim possui, algumas vezes, um comportamento explosivo e imprevisível. A maioria dos critérios, menos apresentar o trabalho sujo ou confuso, podem ser agrupados na area do desenvolvimento social e afetivo. No referente às afirmações muito verdadeiras este demonstra ser extremamente desejoso de agradar e preocupado. (*Idem*)

Não obstante, o facto de tomar medicação ou não, denota mais resultados na categoria de afirmações não verdadeiras onde surgem comportamentos como: não se confunde com o sexo oposto, tem ideias obsessivas e sismáticas, não chora, não faz tentativas de suicidio assim como não tem medo de ir para a escola, nem foges desta. Quanto às afirmações muito verdadeiras destacamos que, a criança exige muita atenção, destroi as suas proprias coisas, anda com crianças que se metem em sarilhos, prefere brincar com crianças mais novas e, chega atrasado, independentemente da medicação. A restante pontuação corresponde a algumas vezes verdadeiro e, assinala os seguintes comportamentos: não se dá bem com as outras crianças, sente-se sem valor, inferior e desprezível e tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação. (ver Anexo IX e X)

Tendo esta distinção da Docente patente, importa perceber tendo em conta as dimensões da PHDA, quais as dimensões e comportamentos mais visados pelos inquiridos da comunidade escolar. Assim sendo, procede-se à análise das respostas obtidas no referente à dimensão Défice de Atenção,

Legenda:

D sm – Docente (análise dos comportamentos da criança sem medicação) **D c.m** – Docente

(análise dos Comportamentos da criança com medicação) **P.A** – Professora de Apoio

P. T – Professora Tutora

R – Auxiliar

S – Auxiliar

M - Mãe

	Comportamentos	D. s.m	D. c.m	P.A	P.T	R	S	M
D É F I C E D E A T E N Ç Ã O	4. Não chega a acabar as coisas que começa	2	0	1	0	-	-	0
	8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento muito tempo	2	0	0	0	-	0	1
	13. Fica confuso, parece não saber onde está	0	0	0	0	2	0	0
	17. Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos	2	0	0	0	-	0	0
	22. Dificuldades em seguir instruções	2	0	0	0	-	0	1
	23. É desobediente na escola	2	0	1	1	2	0	1
	61. O seu trabalho escolar é fraco	2	0	1	1	-	-	1
	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado	0	0	0	0	-	-	0
	78. Desatento, distraído	2	-	1	-	-	1	0
	80. Fica de olhar fixo, sem expressão	0	0	0	-	2	2	0
92. Baixo aproveitamento	2		1	1	-	-	0	
100. Não cumpre as tarefas de que é incumbido	2	0	0	0	-	-	0	
	Total (em 26 pontos)	18	0	5	3	6	3	4

Quadro I - Respostas dos inquiridos relativamente à dimensão Défice de Atenção.

No que diz respeito a este quadro verifica-se que , existe uma variabilidade de resultados mediante a toma ou não de medicação, e o facto de contactarem com a criança dentro da sala ou somente no recreio. Assim, de todos os inquiridos que contactam com a criança dentro da sala de aula existe unanimidade em acharem que, este além de “*não ter problemas em se mostrar facilmente embaraçado*”, também “*não fica de olhar fixo*” ou não cumpre o que lhe é incumbido. Todas estes indicadores se apresentam como não sendo verdadeiros, sendo que no referente a cumprir regras de que é incumbido só a professora assinala este facto ser frequentemente evidenciado quando a criança não toma a medicação.

Como é verificável as Auxiliares R e S apresentam “avaliações” discrepantes. O que para R é muito frequente por exemplo, “ a criança ficar confusa, parece não saber onde está” para S não é verdade. É de salientar que estas inquiridas apenas contactam com a criança quando esta não está em aula, sendo de salientar que quando questionadas sobre os aspetos mais positivos de D, a R respondeu “*à dias em que é meiguinho. Já se virou a mim*”, acrescentando que, é uma criança que se vira às outras todas, batendo às

funcionárias, enquanto a S responde “*precisa de carinho de quem o compreenda.*” (Ver Anexo IX)

A mãe relativamente a esta dimensão somente considera ser algumas vezes verdadeiro, a criança não se concentra ou ficar atento muito tempo, apresentar dificuldades em seguir instruções e ser desobediente na escola.

Verificaremos em seguida a análise da dimensão Hiperatividade mediante a legenda seguinte.

	Comportamentos	D. s.m	D. c.m	P.A	P.T	R	S	M
H I P E R A T I V I D A D E	3. Discute muito	2	0	2	0	2	0	1
	7- Fanfarrão, gabarola	2	0	1	1	2	1	1
	10. Não consegue ficar sentado, sossegado, é muito ativo ou irrequieto	2	0	1	0	2	0	2
	15. Tem gestos e movimentos de irrequitude ou desassossego	2	0	1	0	2	1	0
	24. Perturba os colegas	2	0	1	1	2	0	2
	39. Anda com crianças que se metem em sarilhos	2	2	2	2	2	0	2
	62. É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação	2	0	1	1	-	-	1
	67. Quebra a disciplina da aula	2	0	1	1	-	-	0
	68. Grita muito	1	0	2	0	2	0	1
	74. Gosta de se “exibir”, de fazer palhaçadas	2	-	2	1	-	1	1
	76. Comportamento explosivo e imprevisível	2	-	2	0	2	1	2
	93. Fala muito	2	-	1	1	-	0	1
	94. É muito arrelizador	2	-	2	1	2	-	1
	95. Tem crises de fúria, temperamento exaltado	2	-	2	1	2	-	1
104. É barulhento, fala invulgarmente alto	2	0	0	0	-	-	1	
	Total (em 30)	29	2	21	10	20	4	17

Quadro II – Respostas dos inquiridos relativamente à dimensão Hiperatividade.

Quanto aos itens referentes à hiperatividade, mais uma vez, é verificável a diferença radical entre a criança estar ou não medicada, sendo o facto de não estar medicada responsável por mais vinte e sete pontos. Nesta análise destaca-se ainda, as

respostas da Auxiliar S considerando apenas ser muito verdadeiro o item “*não consegue ficar sentado, sossegado, é muito ativo ou irrequieto*”. A mãe mediante o que lhe é referido pela Docente (ver anexo VI) responde que o D perturba os colegas assim como anda com crianças que se metem em sarilhos, assumindo que em casa também possui um comportamento explosivo e imprevisível.(Ver anexo IX)

Em seguida analisaremos a dimensão relativa à Impulsividade.

	Comportamentos	D. s.m	D. c.m	P.A	P.T	R	S	M
I M P U L S I V I D A D E	36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes	2	0	2	0	-	-	0
	41. É impulsivo, age sem pensar	2	1	2	1	-	-	0
	53. Fala fora da sua vez	0	0	1	-	2	1	0
	73. Comportamento explosivo ou imprevisível	2	0	2	0	-	-	0
	77. Os seus pedidos têm que ser satisfeitos imediatamente, propenso à frustração	0	0	-	-	2	1	-
	Total (em 10)	6	1	7	1	4	2	0

Quadro III – Resultado das respostas dos Inquiridos relativamente à Impulsividade.

No referente à dimensão Impulsividade somente a P.T e a D. sem medicação assinalam mais de metade da pontuação, estando de acordo que a criança “*magoa-se muito, tem tendencia para acidentes*”, “*age sem pensar*” e tem um “*comportamento explosivo ou imprevisível*”. A mãe não reconhece comportamentos de impulsividade no filho, assim como S que só destaca ser algumas vezes verdadeiro “falar fora da sua vez” e o facto de a criança ser propensa à frutração. Neste ultimo item a R responde ser muitas vezes verdadeiro.

Voltamos a constatar a discrepância de resultados entre a toma ou não de medicação através da docente que, somente assinala “*é impulsivo age sem pensar*” como algumas vezes verdadeiro, assim como a PT.

Em seguida os comportamentos relacionados ou consequentes com a PHDA.

	Comportamentos	D. s.m	D. c.m	P.A	P.T	R	S	M
P R O B L E M A S R E L L A C I O N A D O S	1.Comporta-se de uma maneira infantil para a idade	2	0	0	0	2	0	1
	5.Comporta-se como se fosse do sexo oposto	0	0	0	0	-	-	0
	9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento: obsessões ou cismas	0	0	2	1	2	0	1
	11.Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	2	1	0	0	1	1	2
	12.Queixa-se de estar muito sozinho	0	0	0	0	0	0	2
	14. Chora muito	0	0	0	0	0	0	0
	19. Exige muita atenção	2	2	0	1	2	2	2
	28 Come ou bebe coisas que não são próprias para comer	0	0	0	0	-	-	0
	29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva):	0	0	0	-	-	-	0
	30. Tem medo de ir para a escola	0	0	0	0	-	-	1
	31. Tem medo de pensar em coisas más	0	0	1	-	-	-	2
	32. Acho que devo ser perfeito	0	0	0	-	-	-	0
	42. Gosta de estar sozinho	0	0	1	1	1	1	1
	44. Roi as unhas	0	0	-	-	-	-	0
	46. Tem movimentos nervosos ou tiques	0	0	0	0	2	1	0
	47. Submete-se em excesso às regras	0	0	1	1	-	0	2
	51. Sente tonturas	0	0	0	0	-	0	0
	54 Cansa-se demasiado	0	0	1	0	-	-	0
	55. Tem peso a mais	0	0	0	0	-	-	0
	Tem problemas físicos sem causa conhecida: a) dores b)dores de cabeça c) náuseas, sente enjoos d) problemas com a vista e) borbulhas ou outros problemas de pele f) dores de estômago g)vómitos h) outros problemas							
57. Agride fisicamente as outras pessoas	2	0	2	2	2	0	1	
58. Tira coisas do nariz, coça a pele ou outras partes do corpo	0	0	-	0	-	-	0	
59. Dorme nas aulas	0	0	0	0	-	-	0	
60. Apático ou Desmotivado	2	0	0	0	-	-	0	
63. Prefere brincar com crianças mais novas	0	0	1	1	0	1	2	
65. Recusa-se a falar	0	0	1	0	-	-	-	
66. Repete várias vezes as mesmas ações	-	-	-	0	-	-	-	

ou gestos, compulsões. Descreva							
69. É reservado, guarda as coisas para si mesmo	0	0	0	1	-	-	0
70. Vê coisas que não existem, que não estão presentes	0	0	0	0	-	-	0
72. Trabalho sujo ou confuso	2	1	1	1	-	-	1
75. É tímido e envergonhado	0	0	0	-	-	0	0
79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação	1	1	-	-	-	-	2
81. Sente-se melindrado quando criticado	0	0	0	-	-	2	0
82. Rouba	0	0	0	0	0	0	0
83. Guarda e arrecada coisas que não necessita	0	0	0	-	0	-	0
84. Tem comportamentos estranhos	0	0	0	-	0	-	1
85. Tem ideias estranhas	0	0	0	0	0	-	1
86. É teimoso mal-humorado	2	0	1	0	2	1	1
87. Tem mudanças repentinas de disposição	2	0	1	1	1	1	1
88. Amua muito	0	0	1	1	-	1	1
90. Usa palavrões ou tem uma linguagem obscena	2	-	2	1	1	1	1
91. Fala em matar-se	0	0	0	0	2	0	1
96. Pensa demasiado em sexo	0	0	-	-	-	-	0
97. Ameaça as pessoas	2	-	2	1	2	0	1
98. Chega atrasado às aulas	2	2	1	0	-	-	0
99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e asseio	0	1	-	1	-	-	0
101. Falta à escola por motivos triviais, foge à escola	2	0	0	0	-	-	0
102. É pouco ativo, move-se com lentidão	0	0	0	0	-	-	0
103. Infeliz, triste ou deprimido	0	0	1	1	-	-	0
105. Consome álcool ou drogas	0	0	0	0	-	-	0
106. Extremamente desejoso de agradar	0	2	2	1	-	-	1
107. Não gosta da escola	0	0	0	0	-	-	0
108. Tem receio de cometer erros	0	1	1	2	-	-	0
109. Anda sempre a choramingar	0	0	0	0	-	0	0
110. Ar pouco asseado	0	0	0	0	-	-	0
111. Introvertido, não se mistura nem estabelece relações com os outros	0	0	0	1	-	-	0
112. É preocupado	0	2	2	2	-	0	2
Total (em 126)	25	11	25	21	20	12	36

Quadro IV – Resposta dos Inquiridos relativamente aos Problemas Relacionados com PHDA.

Relativamente a este quadro verificamos que sendo a pontuação total de cento e vinte e seis pontos, todos os inquiridos dão menos de metade da pontuação ao conjunto

dos comportamentos aqui apresentados. Contudo, é de ressaltar que as Auxiliares R e S não respondem à maioria das perguntas por não terem conhecimento.

A mãe assume a liderança assinalando como muito verdadeiro que o filho é muito dependente, exige muita atenção e tem problemas de linguagem, fatores também assinalados pela Docente como indiferente estar ou não sem medicação. (ver Anexo IX)

Existe concordância total que, a criança não chora nem tem ar pouco asseado, sendo assinalado por todos como algumas vezes frequente ter mudanças repentinas de disposição, tal como utilizar linguagem obscena.

Voltamos a verificar que a Auxiliar S assim como a Docente quando a criança se encontra medicada são as que menos pontuação apresentam. A Auxiliar S só regista como muito frequente a criança exigir muita atenção, agredir frequentemente as outras pessoas e a criança se sentir melindrada quando criticada. Por outro lado, a Auxiliar R em dezanove perguntas respondidas, podendo obter o total de trinta e seis pontos, apresenta o resultado de vinte. Destaca ser muito frequente a criança ser obsessiva, agredir pessoas assim como ameaçar e ser teimoso e mal humorado.

Nesta dimensão e através da mãe (ver Anexo IX) verificamos que, D algumas vezes tem dores, dores de cabeça e náuseas, sendo muito frequente vomitar. Ainda e, remetendo ao Questionário do Comportamento da Criança dirigido à mãe (ver Anexo XI) que, a criança não possui asma, não é cruel com animais, não tem prisão de ventre, não se suja ou brinca com fezes, não chucha no dedo assim como não fala nem caminha durante o sono. É de destacar contudo que, algumas vezes, e mais uma vez, estas perguntas somente foram dirigidas à mãe que a criança manifesta crueldade, provoca fogos, é desobediente em casa e na escola e não parece sentir-se culpado após se ter portado mal. Ainda neste âmbito constatamos que a mãe considera ainda que, este tem ideias estranhas, fala em matar-se, tal como a Auxiliar D diz ser muito frequente falar (ver Anexo IX), comete atos de vandalismo e urina na cama.

Com a análise do questionário da mãe ainda podemos ver que, D joga futebol mais tempo do que a média saindo-se melhor que a mesma. Em casa brinca às lutas durante a maioria do tempo e com um desempenho melhor que a média, considera a mãe. No referente aos amigos segundo o testemunho da mãe (ver Anexo XI) a criança

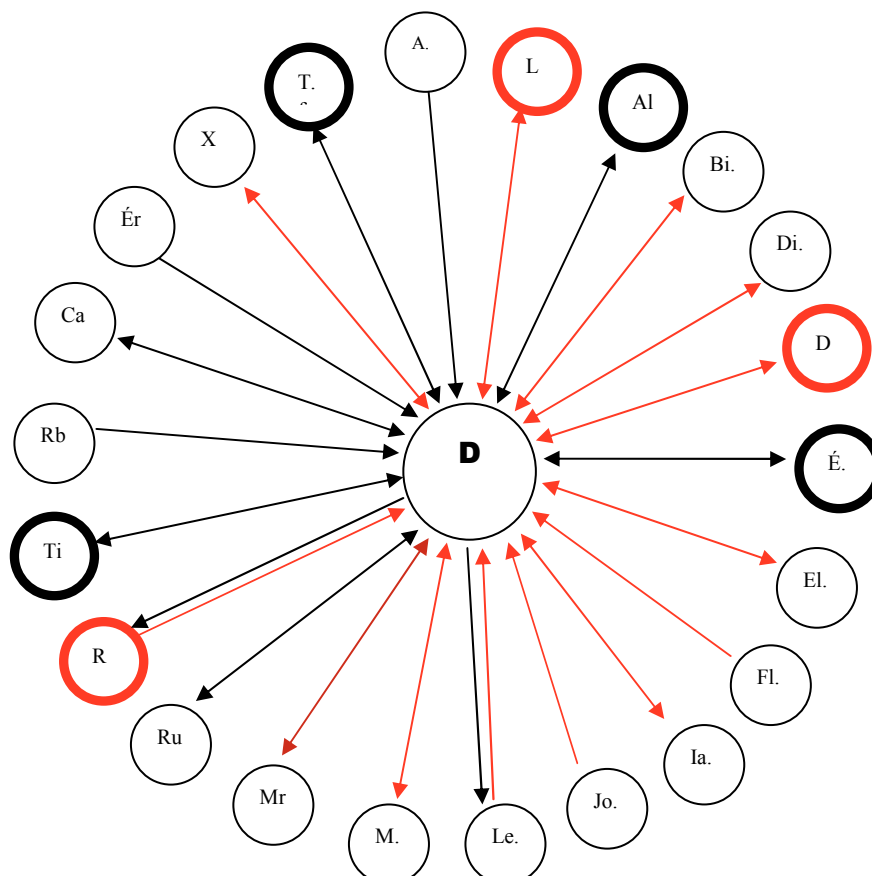
tem dois ou três amigos, falando de um da mesma sala e da namorada, da outra turma de segundo ano.

Quando questionada e, em comparação com as outras crianças da sua idade sobre se a criança se relaciona adequadamente com outras crianças ou irmãos, a mãe responde próximo da média, assim como tem a mesma opinião relativamente ao comportamento do filho em relação a ela e ao pai. Acha que este se diverte e consegue trabalhar por si próprio, não fazendo qualquer referência ou distinção à toma ou não de medicação. (*Idem*)

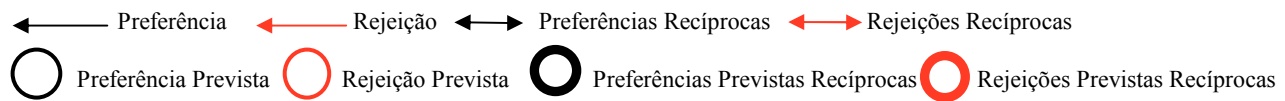
No referente aos desempenhos escolares a mãe responde que, a português e a matemática a criança está abaixo da média.

Relativo à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção a mãe reconhece que o filho tem um problema, ser irrequieto que, começou no infantário. (*Ibidem*)

Tendo estes dados, referentes aos questionários analisados importa perceber qual o relacionamento de D com a turma.



Legenda:



Analisando o teste sociométrico verificamos que a criança D tem como preferências a Le, e como preferências recíprocas a Al, a É, o Ru, o Ti e o T, sendo previsto por nós, eu e docente, o Al, a É, o Ti e o T.

No que respeita às preferências dos colegas, D foi escolhido pelo A, pelo Rb e pela Ér, sendo que foi rejeitado pelo Fl e pelo Jo. Verificamos ainda que, D rejeita sempre quem o rejeitou a ele, portanto rejeição recíproca entre o Al, a Bi, a D, o El, a Ia, a M, a Mr e o X, estando previstas as rejeições entre o Al, o D. e o R.

Os inquiridos, turma, mediante a pergunta “*quem se costuma portar mal nas aulas*” tinham a hipótese de nomear três crianças, sendo o grau de nomeação correspondente ao que apresenta piores comportamentos.

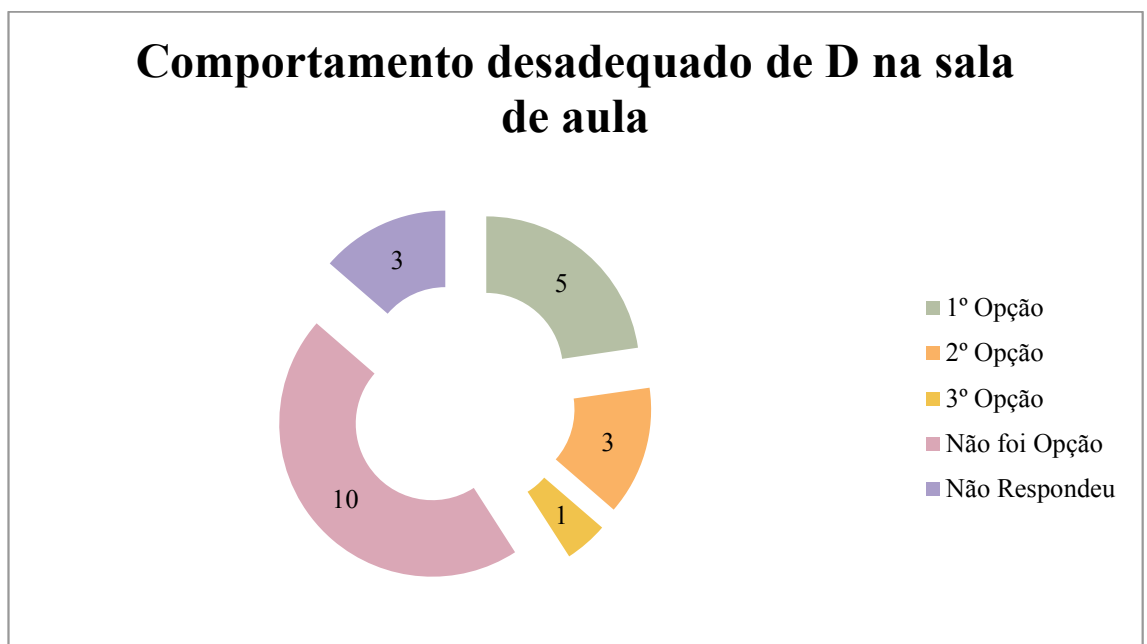


Gráfico VI – Comportamento desadequado de D na sala de aula, segundo a turma.

Relativamente à opinião dos colegas verifica-se que, metade da turma não mencionou D como nenhuma das opções feitas, sendo que três crianças sentiram-se incapazes de referir alguém. Das que optaram por escolher D, cinco crianças escolheram-no em primeiro lugar.

Importando distinguir o comportamento de D dentro e fora da sala de aula, em seguida analisamos as respostas dadas pelas crianças sobre quem se porta mal no recreio.

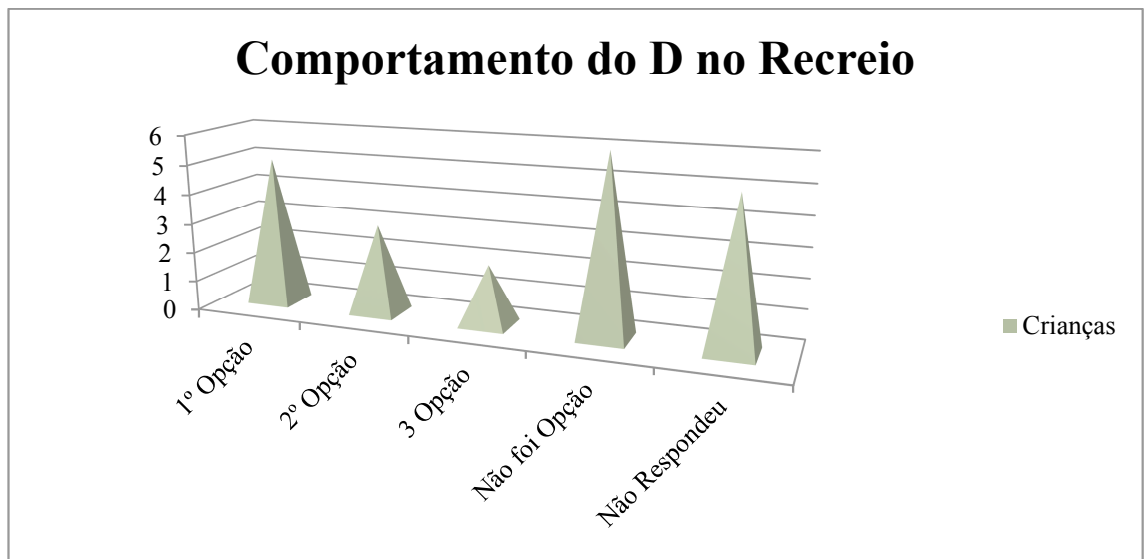


Gráfico VII- Comportamento do D no Recreio segundo os Colegas.

Quanto ao comportamento de D no recreio podemos verificar que, somente cinco crianças o identificam como primeira opção, é de salientar que foram as mesmas cinco crianças que assinalaram D como também primeira opção no quadro IV.

Relativamente, ao último pedido referente à caracterização da Professora Titular de Turma a maioria respondeu que, a Professora é: amiga, querida, carinhosa, simpática, engraçada, fofinha e ajuda. Uma criança e, somente uma e por estar de castigo, referiu como aspeto negativo a Professora ser má. A Professora Titular é preocupada e muito atenta, tendo um papel dinâmico e participativo no desenvolvimento dos seus alunos

3. - Proposta de Plano de Intervenção

Após termos refletido sobre os resultados obtidos e tendo em conta a realidade educativa concretamente o caso de D, a nossa proposta de plano de intervenção é a de: *Promover uma Ação de Formação sobre Educação e Tutoria, para Docentes e outra para Não Docentes, da Escola.*

Desta forma, achamos que estando perante uma realidade TEIP faz todo o sentido embora com especificidades diferentes apostar na formação dos agentes educativos, sendo que o nosso objetivo geral é promover nos adultos um maior envolvimento no processo educativo da criança.

Segundo Topping (2006) a definição de tutoria vai muito mais além do que o cargo de Professor Tutor, afirmando mesmo e com toda a razão que cada um de nós pode e deve exercer o papel. Azevedo e Nascimento (2007) corroboram com Topping defendendo a figura do tutor como alguém capaz de potenciar o projeto e o sentido de vida daquele que acolhe, contribuindo para que todas as suas potencialidades sejam estimuladas. O desenvolvimento da pessoa é a essência da missão do tutor e do processo que se pretende. Tendo estes pressupostos como base e, concordando plenamente com os autores, soubemos que o caminho teria que passar obrigatoriamente por aqui.

A nossa proposta passaria por 2 sessões de quatro horas cada. Iniciaríamos o nosso plano de formação com uma sessão plenária, onde assistiríamos à visualização do filme “Pró dia nascer feliz”, (disponível o site na bibliografia). O filme promove a revolta através de meios educativos diametralmente opostos e incrivelmente desadequados ao bom desenvolvimento das crianças e jovens. Polémico e eficaz. Procederíamos em seguida, ao debate e à realização de um trabalho, em pequenos grupos de docentes e não docentes, com o objetivo de entender os sentimentos fomentados pelo filme. Ainda, seria nosso intuito estabelecer pontes com a realidade educativa em questão.

Após esta sessão dividiríamos o grupo. Com os Docentes contextualizaríamos a situação da tutoria nas escolas através dos normativos, 115/A98, 75/2008 e 10/99 possibilitando-lhes novos conhecimentos sobre o que realmente é a tutoria. Seguidamente apresentaríamos o trabalho realizado pela Professora Tutora, junto das crianças tutoradas incluindo D, de forma a desenvolver nos formandos a

consciencialização da importância de recolher dados e, desconstruir a história da criança. A criança chega com um processo sendo que, sabemos do senso comum, que na maioria das vezes, este não é analisado devidamente.

Nesta sessão demonstraríamos a importância da Escola nos Processos Emocionais, aprofundando a ética do afeto nos climas escolares, assim como a tutoria e orientação emocional. Acreditamos crucial promover atitudes de compromisso entre o Profissional e os seus alunos, é importante envolvermo-nos sendo que na nossa opinião basta conhecer para não poder virar as costas, caso da Professora Titular da criança estudo. É de salientar que achamos importante aprofundar através de, por exemplo, Agostinho Ribeiro, a importância do nosso sistema de crenças nos nossos comportamentos.

Tendo isto em conta teríamos como objetivos: desenvolver nos profissionais competências de análise crítica, de investigação e de propostas de resolução de problemas, assim como desenvolver competências de comunicação intrapessoal bem sucedida e de resposta aos problemas identificados

Quanto aos Não Docentes a sessão individual prender-se-ia com a explicitação de tipos de relação, apresentada através de casos fictícios. Estes casos teriam obrigatoriamente que se basear em relatos de relações de poder, ajuda e afeto, sendo importante a desmistificação de cada um, assim como os benefícios dos últimos dois para ambos os intervenientes. Ainda neste âmbito seria interessante debater quais os tipos de relação que o pessoal não docente estabelece com as crianças, de forma a sugerir estratégias que possibilitem a gestão de conflitos.

Desta forma, a formação deveria passar essencialmente pela consciencialização da importância da nossa postura na conduta da criança, ela espelha o nosso comportamento face a ela.

Concluindo, a passagem do senso comum para a consciência é uma condição mais que válida para contextualizarmos a educação, para adequarmos as nossas práticas às verdadeiras necessidades da criança. Urge assim a necessidade de trabalhar para promover uma educação coerente, globalizante, ativa, articulada, intencional, contínua e sistemática. Uma educação onde os adultos devem ser sempre um exemplo para todas as crianças.

4. - Considerações Finais

Este trabalho teve a intenção de salientar a importância da perceber quais as causas inerentes aos comportamentos da criança com PHDA. Pelo estudo efetuado percebemos que existe um encadeamento de fatores, inerentes às causas da perturbação, que leva com que a criança apresente uma variabilidade de comportamentos mediante a toma de medicação, o local e as pessoas envolvidas

Desta forma verificamos que, a possível combinação das causas, fatores perinatais e fatores perinatais com os fatores ambientais da PHDA, podem ser a causa da perturbação na criança. (ver Anexo V e VI)

No que respeita à referenciação, a criança está neste momento sob a avaliação dos Técnicos, sendo de salientar que em conversas informais com os mesmos tudo indica que a criança não será elegível. Contudo, a intervenção ao nível da mediação entre a família e a escola, assim como a intervenção na mesma, parece merecer especial atenção por parte dos técnicos, o que a nosso ver faz todo o sentido.

No referente à variabilidade de comportamento apresentado por D entendemos que, existe uma grande diferença entre a criança estar medicada com Ritalina ou não, sendo de salientar que desde a entrada para a escola tem sido intuito permanente da Professora responsabilizar a mãe pela toma diária da criança. Neste sentido e devido à consciencialização por parte da Docente face a este procedimento, a mãe tem vindo a mudar o seu comportamento, sendo de salientar que se tem vindo a verificar uma maior implicação desta na vida escolar do filho. O contacto entre ambas, também, tem vindo a aumentar, sendo estabelecido através de recados no caderno, de trabalhos de casa, assim como via telefone ou presencial (ver anexo VII)

Constatamos de igual forma que a criança tem mais tendência a não controlar os seus comportamentos, independentemente da toma de medicação, fora da sala de aula. De igual forma verificamos que estes comportamentos são mais frequentes quando interage com a Auxiliar R, podemos inferir através do questionário da mesma (ver Anexo IX) que este relacionamento é problemático, sendo a nosso ver assente numa relação autoritária, sem qualquer tipo de conduta coerente. Por outro lado verificamos

que, a Auxiliar S é demasiado permissiva na sua relação com D, sabendo que a criança é hiperativa aligeira os seus comportamentos, não sendo de igual forma coerente nas suas atitudes. Tanto uma como outra Auxiliar embora com atitudes diferentes vão de igual forma contra o que é pretendido: *coerência de atitudes de forma a estabelecer padrões de conduta estáveis na criança.*

Ainda neste sentido sublinhamos que a conduta da Professora Titular de Turma tem em conta, a maioria, dos pressupostos de intervenção educacional, propostos pelos teóricos. (ver Anexo I, V e VII) No referente à turma, verificamos que é bem aceite pela maioria, sendo de salientar o grau de dificuldade da mesma em responder aos indicadores de mau comportamento dentro e fora da sala. A turma espelha a metodologia utilizada pela Professora (ver Anexo I)

Achamos que a forma como os intervenientes comunicam, verbal e não - verbalmente, e como agem com a criança tem significativas repercussões nas atitudes de D face aos mesmos. Com base na análise dos dados obtidos inferimos que o relacionamento entre D e a Professora Titular de Turma é um relacionamento bem regulado e constante, promovendo a segurança de D. Em qualquer situação recorre à Professora como auxílio. (ver Anexo VII)

Referente ainda à Docente, verificamos que esta mostra quem realmente é, deixando que os alunos percebam quando está triste, alegre, aborrecida ou mesmo chateada, promovendo a compreensão que todos temos sentimentos e agimos em correspondência com os mesmos.

Por acreditamos que, a motivação o empenho, o tipo de relacionamento e a forma como os inquiridos agem com a criança não lhe é indiferente, achamos que o nosso plano de intervenção é de todo pertinente. Achamos que, a consciencialização de que enquanto Intervenientes da Ação Educativa estamos a formar não se encontra implícita em toda a realidade observada. Impera a necessidade de fazer entender que, o currículo, denominado oculto, como o próprio nome indica, além de não ser observável, é transversal em todos os momentos de interação. Acreditamos que a consciencialização pode ser o grande trunfo desta formação, pois após o conhecimento das situações

somente resta aos intervenientes tomar uma opção, atuar conforme o esperado ou ser negligente.

Terminamos com este pensamento que nos parece de todo importante partilhar: enquanto profissionais, todos nós devíamos agir enquanto tutores das nossas crianças, fomentando de igual forma essas atitudes nos restantes intervenientes, não só por imperativo moral, mas sobretudo por altruísmo, que deve ser “siamês” da profissão.

Bibliografia

- AZEVEDO e NASCIMENTO, *Modelo de Tutoria Construção Dialógica de Sentido(s)* Vol. 3, Nº 7. Pp 97 - 115.
- BASTIN, George, *As Técnicas Sociométricas – Psicologia e Pedagogia*, Lisboa, Livraria Morais Editora, 1996.
- BARKLEY, Russell A. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) : Guia Completo para Pais, Professores e Profissionais da saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 2002.
- BOGDAN, R e BIKLEN, *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução às Teorias e aos Métodos*, Porto, Porto Editora, 1994.
- CORREIA, Luís de Miranda, *A Escola Contemporânea e a Inclusão de Alunos com NEE – Considerações para uma Educação com Sucesso*, Porto, Porto Editora, 2008.
- Decreto de Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro. Diário da República nº 4/7- 1.ª Série. Ministério da Educação. Lisboa
- DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico De transtornos Mentais (Trad. Cláudia Dornelles) 4 e.d. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002*
- FALARDEAU, G, *As Crianças Hiperativas*. Mem Martins: Edições Cetop, 1997.
- GARCIA, Imaculada Moreno, *Hiperatividade*. Lisboa, Editora MacGraw-Hill, 2001.
- LOPES, João A. Lamego, *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em Contexto Sala de Aula*, Centro de Estudos em Educação em Psicologia, Universidade do Minho, 1998.
- LOPES, João A. Lamego, *Problemas de Comportamento, Problemas de Aprendizagem e Problemas de "Ensinagem"*, Coimbra, Quarteto Editora, 2003.
- LOPES, Lopes, J. A. *A Hiperatividade*. Coimbra: Editora Quarteto, 2003.
- NETO, Maro R. LOUZÃ e Colaboradores, *TDAH transtornos de deficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*: Artmed Editora, Porto Alegre, 2010.
- NIELSEN, L. B. *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: Um Guia para Professores*. Porto, Porto Editora, 2006.
- PARKER, Harvey C., *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade*. Porto, Porto Editora, 2003.

POLLAINO-LORENTE, A. & ÁVILA, C. *Como vivir con un(a) niño(a) hiperativo(a). Comportamiento, Diagnostico, Tratamiento, Ayuda Familiar y Escolar.* Madrid, Narcea, 2002.

RIBEIRO, A. *Comunicação e relação interpessoal. In Manual do Formador – Psicologia da Educação.* Porto, GETAP, 1992.

SANCHES, I. *Comportamentos e Estratégias de Atuação na Sala de Aula.* Porto: Porto Editora, 2001.

SOSIN, David e Myra, *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade,* Porto, Porto Editora, 2006.

VÁSQUEZ, Inmaculada C. *Necessidades Educativas Especiais,* Lisboa, Dinalivro, 1997.

QUIVY, Raymond e CAMPENDHOUDT, Luc Van, *Manual de Investigação em Ciências Sociais,* Lisboa, Gradiva, 2003

<http://www.slideshare.net/Valfh/tutoria-keith-topping>

<http://video.google.com/videoplay?docid=3379496063337408357#>

Anexos

Antes de mais....
Os Agradecimentos....

Incontornavelmente, agradeço aos meus pais, irmãos, família e amigos por serem sempre as minhas melhores referências;

Às minhas amigas e colegas de curso pelo precioso auxílio na elaboração desta Pós-Graduação;

À Professora Patrícia, Professora Titular de D, por estar sempre presente durante todo o estudo, pela disponibilidade, pela competência, pelo carácter e por ter sempre uma palavra de encorajamento no momento oportuno;

À criança D, que além de me ter iniciado nesta “aventura”, me facultou a possibilidade de perceber o muito que está para além daquilo que os olhos conseguem alcançar;

À Professora Isabel Cunha, por me ter despertado o interesse urgente em entender todas as variáveis em estudo e, me ter orientado durante o Projecto;

A todos os restantes Professores da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, pela forma como me auxiliaram ao longo do meu percurso durante todo o ano lectivo;

Palavras faltarão sempre para agradecer a todos os envolvidos na Comunidade Educativa em questão. Obrigado por todo o apoio, paciência e incentivo. Agradeço, sobretudo o exemplo que dão, enquanto “grandes” Profissionais e Pessoas.

Obrigado a todos ...